

PROMOCJA, EDUKACJA ZDROWOTNA ORAZ PROFILAKTYKA W NAUKACH MEDYCZNYCH

Tom X

**pod redakcją
Barbary Jankowiak
Beaty Kowalewskiej
Elżbiety Krajewskiej-Kułak**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



PROMOCJA, EDUKACJA ZDROWOTNA ORAZ PROFILAKTYKA W NAUKACH MEDYCZNYCH

TOM X

Praca zbiorowa pod redakcją

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Barbary Jankowiak
Dr hab. n. med. i n. o zdr. Beaty Kowalewskiej
Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej - Kułak

Białystok 2023

RECENZENCI MONOGRAFII

Prof. dr hab. med. Dzmitry Fiodaravich Khvorik

Katedra Dermatowenerologii
Uniwersytet Medyczny w Grodnie, Białoruś

Dr n. med. Ewa Wiśniewska

Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych
Państwowa Uczelnia Zawodowa im. I. Mościckiego w Ciechanowie

Wydawca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego 1
Białystok

Wydanie I

Białystok 2023

Wszelkie prawa zastrzeżone

ISBN komplet

978-83-951075-4-2

ISBN Tom X

978-83-67454-37-7

Opracowanie graficzne

Agnieszka Kulak-Bejda

zdjęcie zakupione w Can Stock Photo Inc.,
6139 Quinpool Rd., Suite 33027, Halifax, NS, B3L 4T6, Canada

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

**PROMOCJA, EDUKACJA ZDROWOTNA
ORAZ PROFILAKTYKA
W NAUKACH MEDYCZNYCH**

TOM X

Wykaz autorów

Wykaz autorów

Barańczuk Miłosz

Lic. pielęgniarstwa

Absolwent studiów I stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Barańska Beata

Dr n. o zdr.

- Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie, Oddział Ortopedii Onkologicznej

- Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu

Bartuzi Zbigniew

Prof. dr hab. n. med.

Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Bober Łukasz

Mgr

Absolwent studiów II stopnia Kierunku Wychowania Fizycznego, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Filia w Białej Podlaskiej

Chmur Żaneta Kinga

Mgr pielęgniarstwa

Absolwentka studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Darwish Samira

Studenckie Koło Naukowe Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Dąbrowska Marta

Mgr pielęgniarstwa

- Absolwentka studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

- Oddział Pediatrii i Neurologii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego

Doligalska Agata

Studenckie Koło Naukowe Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Dolina Marcin

Studenckie Koło Naukowe Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Domańska Anna

Mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wykaz autorów

Drewnowska Anna

Mgr pielęgniarstwa

Absolwentka studiów II stopnia, Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Drozdowski Krzysztof

Mgr pielęgniarstwa

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach

Filanowicz Małgorzata

Dr n. med.

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Filon Joanna

Dr n. o zdr.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Frencel Natalia

Lic. pielęgniarstwa

Zakład Pielęgniarstwa Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski w Zielonej Górze

Gołdyn Anna

Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo I stopnia Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Grajewska Anna

Mgr kosmetologii

Zakład Chemii Leków, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Grądzka Klaudia

Mgr pielęgniarstwa

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Grygorczuk Justyna

Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka studiów I stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Grzymała Kacper

Mgr pielęgniarstwa

- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

- Absolwent studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wykaz autorów

Guzowska Angelika Adrianna

Mgr pielęgniarstwa

NZOZ Poradni Lekarzy Rodzinnych Mariola Jadwiga Aleksandrowicz, Białystok

Hoffmann-Aulich Joanna

Dr n. med

Zakład Pielęgniarstwa Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Zielonogórski w Zielonej Górze

Jakoniuk Marta

Dr n. med.

Zakład Neurologii Inwazyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Janczaruk Marzena

Dr n. med.

- II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie

- Uniwersytet Medyczny w Lublinie

- Radomska Szkoła Wyższa

Jankowiak Barbara

Dr hab. n. med. i n. o zdr.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Jędrzejewska Jolanta

Mgr pielęgniarstwa

Absolwentka studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Instytut Medyczny PANS w Głogowie

Kędra Edyta

Dr n. med.

Instytut Medyczny PANS w Głogowie

Kieźel Justyna

Mgr pielęgniarstwa

- Absolwentka studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

- Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Klimek Joanna

Lic. pielęgniarstwa

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu

Klimaszewska Krystyna

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wykaz autorów

Kobos Ewa

Dr n. o zdr.

Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kopcyh Bożena Ewa

Dr n. o zdr.

Zakład Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Łomżyńska

Kowalewska Beata

Dr hab. n. med. i n. o zdr.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kozestańska – Oczkowska Monika

Dr n. o zdr.

Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Krajewska – Kułak Elżbieta

Prof. dr hab. n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kulbaka Ewa

Dr n. med.

- Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

- Radomska Szkoła Wyższa, Wydziału Nauk o Zdrowiu

Lech Ewelina

Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Lenkiewicz Katarzyna

Mgr pielęgniarstwa

- Absolwentka Studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

- Szpital Wojewódzki im. Śniadeckiego w Białymstoku, Oddział Pediatrii i Neurologii Dziecięcej

Lato-Pawłowska Monika

Dr n. społ.

Zakład Pielęgniarstwa Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Zielonogórski w Zielonej Górze

Michalewicz Małgorzata

Dr n. med.

Białostockie Centrum Onkologii

Moniuszko Izabella

Mgr piel.

Białostockie Centrum Onkologii

Wykaz autorów

Napiórkowska-Baran Katarzyna

Dr n. med.

Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Ortman Elżbieta

Dr n. o zdr.

Zakład Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Nauk Stosowanych w Łomży

Osadkowska Joanna

Mgr piel.

Białostockie Centrum Onkologii

Rysiak Edyta

Dr hab. n. o zdr.

Zakład Chemii Leków, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Schmidt Oskar

Studenckie Koło Naukowe Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Skalska Marta

Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Snarska Katarzyna

Dr n.med.

Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Szczerba Aldona

Mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Akademii Łomżyńskiej.

Szlenk-Czyczerska Elżbieta

Dr n. o zdr.

Instytut Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

Szymczak Bartłomiej

Studenckie Koło Naukowe Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Turosz Maria Anna

Dr n. o zdrowiu

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie
Filia w Białej Podlaskiej

Wąsak Ewelina

Mgr pielęgniarstwa

Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wykaz autorów

Wiśniewska Katarzyna

Mgr pielęgniarstwa

- Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

- Radomska Szkoła Wyższa, Wydziału Nauk o Zdrowiu

„Każdy człowiek jest autorem własnego zdrowia lub choroby”

-Budda-

SŁOWO WSTĘPNE

Oddajemy do Państwa rąk kolejny - X tom monografii „*Promocja, edukacja zdrowotna oraz profilaktyka w naukach medycznych*”.

Przedstawiona Monografia powstała z inspiracji kontynuowania podjętych we wcześniejszych opracowaniach tematów związanych z aspektami istotnej roli, jaką pełni promocja zdrowia, profilaktyka i edukacja zdrowotna w kwestiach utrzymania, potęgowania czy przywracania zdrowia.

Zdrowie bowiem to dobre samopoczucie, to dobry stan psychiczny i społeczny, ale także inwestycja indywidualna i społeczna, o którą w sposób szczególny trzeba dbać, pomnażać i potęgować.

Mamy świadomość, że poruszana w Monografii tematyka nie wyczerpuje całej, jakże szerokiej problematyki, ale jest zbiorem przemyśleń przedstawicieli różnych dziedzin nauki, ich indywidualnych doświadczeń i badań prowadzonych w szeroko pojmowanych aspektach zdrowia i choroby.

Jako redaktorzy Monografii chcielibyśmy gorąco podziękować wszystkim Autorom, którzy podjęli się opracowania poszczególnych rozdziałów. To ich wiedza i ogromna życzliwość przyczyniła się do nadania ostatecznego kształtu tej Monografii.

Zespół redakcyjny

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

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Beata Kowalewska

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

SPIS TREŚCI

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z nowotworem złośliwym prostaty.....	21
Joanna Klimek, Elżbieta Szlenk-Czyczerska	
Zakażenia górnych dróg oddechowych i zatok przynosowych jako manifestacja wrodzonych błędów odporności.....	44
Agata Doligalska, Katarzyna Napiórkowska-Baran, Marcin Dolina, Bartłomiej Szymczak, Zbigniew Bartuzi	
Zachowania zdrowotne personelu medycznego pracującego w oddziałach szpitalnych.....	54
Ewelina Wąsak, Ewa Kobos	
Wtórne niedobory odporności w wybranych jednostkach chorobowych.....	67
Oskar Schmidt, Katarzyna Napiórkowska-Baran, Zbigniew Bartuzi	
Prawa pacjenta i ich respektowanie w opinii pacjentów.....	76
Jolanta Jędrzejewska, Edyta Kędra	
Prehabilitacja czyli dobrze zagospodarowany dla pacjenta czas	89
Beata Barańska	
Choroby cywilizacyjne – przyczyny i zagrożenia.....	97
Anna Grajewska, Edyta Rysiak	
Opieka pielęgniarska nad pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu z uwzględnieniem procedur Inicjatywy Angels. Opis przypadku.....	103
Monika Lato-Pawłowska, Natalia Frencl, Bożena Ewa Kopcych, Joanna Hoffmann-Aulich	
Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego.....	115
Bożena Ewa Kopcych, Aldona Szczerba, Elżbieta Ortman, Katarzyna Snarska, Joanna Aulich Hoffmann, Monika Lato-Pawłowska	
Koenzym Q10 - właściwości, zastosowanie i suplementacja.....	135
Samira Darwish, Katarzyna Napiórkowska-Baran, Zbigniew Bartuzi	
Stany depresyjne w chorobie Leśniowskiego-Crohna.....	141
Małgorzata Filanowicz, Anna Gołdyn	
Inflencerzy jako autorytet w percepcji młodzieży szkolnej.....	150
Maria Anna Turosz, Łukasz Bober	
Problemy bio-psycho-społeczne pacjenta po zabiegu nefrektomii.....	163
Miłosz Barańczuk, Beata Kowalewska	

Pandemia COVID-19 a funkcjonowanie społeczeństwa.....	181
Żaneta Kinga Chmur, Beata Kowalewska	
Krwawienia z przewodu pokarmowego diagnozowane w pracowni endoskopowej SP ZOZ w Mońkach w 2022r.....	204
Anna Domańska, Barbara Jankowiak	
Krwawienie do światła przewodu pokarmowego.....	221
Anna Domańska, Barbara Jankowiak	
Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie wypalenia zawodowego u pielęgniarek.....	234
Anna Drewnowska, Beata Kowalewska	
Pielęgnowanie pacjenta po przebytych udarze mózgu.....	256
Justyna Grygorczuk, Beata Kowalewska	
Wiedza osób nieheteroseksualnych na temat chorób przenoszonych drogą płciową.....	266
Kacper Grzymała, Beata Kowalewska	
Wybrane choroby przenoszone drogą płciową.....	278
Kacper Grzymała, Beata Kowalewska	
Postawy społeczeństwa wobec transplantacji narządów.....	304
Justyna Kieźel, Barbara Jankowiak, Marta Jakoniuk	
Endometrioza-rozwój, diagnostyka i leczenie.....	317
Katarzyna Lenkiewicz, Krystyna Klimaszewska	
Jakość życia kobiet w wieku rozrodczym z rozpoznaną endometriozą.....	333
Katarzyna Lenkiewicz, Krystyna Klimaszewska	
Ból a stosowanie leków przeciwbólowych.....	366
Klaudia Grądzka, Krystyna Klimaszewska	
Świadomość społeczeństwa na temat stosowania leków przeciwbólowych.....	382
Klaudia Grądzka, Krystyna Klimaszewska	
Pierwsza pomoc w wybranych przypadkach.....	399
Angelika Adrianna Guzowska, Krystyna Klimaszewska	
Poziom wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy.....	413
Angelika Adrianna Guzowska, Krystyna Klimaszewska	
Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z marskością wątroby.....	441
Katarzyna Wiśniewska, Ewa Kulbaka, Marzena Janczaruk, Ewelina Lech	

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z COVID-19.....	453
Monika Kozestańska – Oczkowska, Katarzyna Wiśniewska, Marta Skalska	
Pierwsza pomoc przedmedyczna.....	470
Krzysztof Drozdowski, Krystyna Klimaszewska	
Świadomość mieszkańców województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy.....	490
Krzysztof Drozdowski, Krystyna Klimaszewska	
Zespół policystycznych jajników.....	507
Marta Dąbrowska, Barbara Jankowiak	
Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników.....	519
Marta Dąbrowska, Barbara Jankowiak	
Analiza wiedzy i postaw studentów studiów medycznych na temat szczepienia przeciw COVID – 19.....	544
Izabella Moniuszko, Joanna Osadkowska, Joanna Filon	
Satysfakcja pacjentów przebywających w szpitalu.....	557
Joanna Osadkowska, Izabella Moniuszko, Małgorzata Michalewicz	

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z nowotworem złośliwym prostaty

Joanna Klimek¹, Elżbieta Szlenk-Czyczerska²

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu

2. Instytut Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

WPROWADZENIE

Aktualnie rak prostaty jest jednym z najczęściej diagnozowanych nowotworów złośliwych wśród mężczyzn zarówno w Polsce, jak i na świecie [1]. Pomimo stosunkowo korzystnych rokowań oraz zaawansowanych form diagnostyki i leczenia, pacjenci często zmagają się z przewlekłymi powikłaniami postterapeutycznymi i nawrotami choroby nowotworowej. Powikłania oraz nawroty choroby wymagają regularnej kontroli i kompleksowej opieki zespołu terapeutycznego, w którym ważną rolę pełnią pielęgniarki [2].

ROZWINIĘCIE

Personel pielęgniarski odgrywa kluczową rolę w kompleksowej opiece nad pacjentem z nowotworem złośliwym prostaty, towarzysząc mu na wszystkich etapach choroby począwszy od rozpoznania, a zakończywszy na złożonym procesie rekonwalescencji [2].

W zależności od rodzaju interwencji medycznych i zindywidualizowanych potrzeb pacjenta z rakiem prostaty, pielęgniarka realizuje opiekę nowotworową w formie:

- ambulatoryjnej (w ośrodku POZ lub poradni urologicznej),
- stacjonarnej (w roli pracownika szpitalnego oddziału urologii, chirurgii czy opieki paliatywnej, a także hospicjum i innych placówek opieki długoterminowej),
- domowej (jako pielęgniarka opieki długoterminowej i członek zespołu opieki paliatywnej, w środowisku domowym chorego przy współpracy z rodziną) [2].

Wysokiej jakości system jednolitego pielęgnowania jest zapewniany w oparciu o specyficzne świadczenia zdrowotne oraz ukierunkowane poradnictwo sprawowane w różnych ośrodkach medycznych, które specjalizują się w terapii określonych faz choroby. Duże znaczenie dla pacjentów z rakiem prostaty ma kompetentne wsparcie ze strony pielęgniarek onkologicznych, koordynujących inwazyjne procedury diagnostyczno-lecznicze w ramach zaawansowanego ośrodka onkologii oraz pomoc pielęgniarek zatrudnionych

w poradni urologicznej, które służą profesjonalną wiedzą i doświadczeniem odnośnie problemów i pielęgnacji w zaburzeniach układu moczowo-płciowego. Rola pielęgniarki w sprawowaniu opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem złośliwym prostaty ma charakter multimodalny – polega na kompleksowym pełnieniu wielowymiarowych funkcji zawodowych obejmujących działania profilaktyczne, diagnostyczne, edukacyjne, terapeutyczne, opiekuńcze, rehabilitacyjne i promujące zdrowie [2, 3, 4].

Działania pielęgniarki w ramach funkcji profilaktycznej

Personel medyczny odgrywa ważną rolę w zapobieganiu nowotworom złośliwym prostaty oraz ich powikłaniom, zwłaszcza pielęgniarki POZ, które mają największą styczność z populacją osób zdrowych, a także biorą czynny udział w przeprowadzaniu badań przesiewowych w kierunku raka prostaty i rutynowych kontroli postterapeutycznych [2].

Prewencja opiera się na szeroko pojętej edukacji zdrowotnej społeczeństwa, zwłaszcza mężczyzn z grupy ryzyka, odnośnie profilaktyki pierwotnej (znajomości niemodyfikowalnych czynników ryzyka i unikania zachowań antyzdrowotnych) oraz wtórnej (badań przesiewowych, objawów choroby, samoobserwacji i regularnych kontroli lekarskich). Pielęgniarka jest współodpowiedzialna za planowanie, organizowanie i realizowanie edukacji np. w formie programów profilaktycznych, akcji medialnych czy rozpowszechniania materiałów źródłowych [2, 5, 6].

Należy podkreślić, że personel pielęgniarski może również brać czynny udział w identyfikacji mężczyzn z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na raka prostaty, np. z wykorzystaniem wywiadu, elementów badania fizykalnego czy innowacyjnych skal (tzw. kalkulatorów ryzyka), a następnie skierowywać ich pod specjalistyczną kontrolę lekarza. Oprócz tego aktywnie uczestniczy w wykonywaniu przesiewowych badań PSA m.in. poprzez bezpośrednie pobieranie krwi do badań laboratoryjnych, a także edukacyjne wspieranie mężczyzn w podejmowaniu świadomych decyzji odnośnie przystąpienia do profilaktycznego oznaczania poziomu PSA. Współpracuje również z lekarzem w celu zapobiegania progresji i powikłaniom raka prostaty u pacjentów po przebytych leczeniu, czuwając nad regularnymi kontrolami postterapeutycznymi w kierunku nawrotów choroby (badania PSA, ocena stanu ogólnego, rozpoznawanie ewentualnych powikłań leczenia) [6, 7].

Szerzenie powszechnej wiedzy odnośnie raka prostaty, w tym metod wczesnego wykrywania i leczenia skutecznie minimalizuje lęk przed rakiem oraz skrępowanie dotyczące zaburzeń w zakresie układu moczowo-płciowego, skłaniając mężczyzn do wzmacniania

zachowań prozdrowotnych (profilaktyczne badania per rectum, eliminacja szkodliwych nawyków) [2, 5, 6].

Działania pielęgniarki w ramach funkcji diagnostycznej

Działania personelu pielęgniarskiego w zakresie profilaktyki nowotworu gruczołu krokowego przyczyniają się do wzrostu wykrywalności nowych przypadków choroby. Mężczyźni z podejrzeniem raka prostaty poddawani są licznym badaniom laboratoryjnym, biopsyjnym oraz obrazowym, które stanowią o ostatecznym rozpoznaniu i charakterze procesu nowotworowego. Efektywne postępowanie diagnostyczne wymaga bezpośredniej obecności i zaangażowania pielęgniarki [2].

Pielęgniarka aktywnie towarzyszy lekarzowi w procesie rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta. Jest również uprawniona do samodzielnego wykonywania pewnych świadczeń diagnostycznych. Ma możliwość m.in. niezależnego wykonania badania podmiotowego i przedmiotowego czy oceny wartości parametrów życiowych z wykorzystaniem podstawowych urządzeń pomiarowych. W praktyce pielęgniarskiej powszechnie stosuje się także narzędzia diagnostyczne w postaci specjalistycznych skal, które znacznie usprawniają wykrywanie ewentualnych zaburzeń. W badaniu pacjenta z rakiem prostaty można wykorzystać m.in. Kwestionariusz Międzynarodowej Skali Punktowej Objawów Towarzyszących Chorobom Prostaty (IPSS - International Prostate Symptom Score), który umożliwia dokonanie punktowej oceny nasilenia objawów dyzurycznych [2, 4].

W przebiegu całego procesu diagnostycznego pielęgniarka wykonuje wiele ważnych zadań. Odpowiada przede wszystkim za psychiczne i fizyczne przygotowanie pacjenta do danego badania. Edukuje mężczyznę odnośnie praktycznego przygotowania do procedury diagnostycznej (np. czasowych ograniczeń dietetycznych, wypełnienia/opróżnienia pęcherza moczowego), jej celowości oraz przebiegu, a także postępowania po jej zakończeniu. Niektóre badania wymagają wcześniejszego podania leku (kontrastowego – TK, MRI/radioaktywnego – scyntygrafia, PET) lub oczyszczenia dolnego odcinka dróg pokarmowych poprzez wykonanie wlewu doodbytniczego (np. przy TRUS). Do obowiązków pielęgniarki należy przygotowanie sprzętu i stanowiska pracy, a następnie asystowanie lekarzowi podczas zabiegu diagnostycznego lub samodzielne wykonanie badania na zlecenie lekarskie. Odpowiada bezpośrednio za bezpieczeństwo i wiarygodność świadczeń, dlatego musi ściśle przestrzegać obowiązujących procedur zabiegowych (szczególnie zasad aseptyki i antyseptyki), a także prowadzić rzetelną dokumentację medyczną. Oprócz tego towarzyszy pacjentowi podczas

całego badania diagnostycznego, obejmując go wsparciem psychicznym oraz obserwacją pod kątem objawów niepożądanych (duszności, bólu, nudności) [2].

Pielęgniarka ma za zadanie prawidłowo pobrać, zabezpieczyć i przetransportować próbki krwi żyłnej do badań hematologicznych i biochemicznych, w tym m.in. na oznaczenie poziomu PSA. Aby zwiększyć wiarygodność wyniku PSA, pacjent powinien zostać poinformowany o odpowiednim przygotowaniu do diagnostyki laboratoryjnej: zgłoszeniu się na czczo po nocnym spoczynku, zachowaniu dwudniowej wstrzemięźliwości seksualnej, unikaniu intensywnego wysiłku fizycznego oraz zachowaniu odstępu czasowego po zabiegach w obrębie układu moczowo-płciowego (np. po badaniu per rectum czy cewnikowaniu pęcherza moczowego) [2].

Podczas asystowania do biopsji prostaty pielęgniarka odpowiada m.in. za odpowiednie zabezpieczenie, oznaczenie i transport materiału tkankowego, a następnie zabezpiecza okolice odbytu jałowym opatrunkiem i obserwuje pacjenta pod kątem ewentualnych powikłań, np. krwawienia, dolegliwości bólowych [2].

W przebiegu badań obrazowych należy wdrożyć specyficzną opiekę pielęgniarską w zależności od charakteru danego zabiegu diagnostycznego. Dożylnie podanie środków kontrastowych/radioaktywnych wymaga przeprowadzenia wywiadu w kierunku alergii i przebytych reakcji uczuleniowych, a także wdrożenia wnikliwej obserwacji pod kątem objawów wstrząsu anafilaktycznego. Niektóre zaawansowane badania obrazowe (MRI, PET) muszą być poprzedzone usunięciem metalowych przedmiotów i wykluczeniem ewentualnych przeciwwskazań, np. wszczepienia rozrusznika serca czy metalowych implantów. Zaś przy udziale w badaniach izotopowych, pielęgniarka jest zobowiązana do znajomości i przestrzegania specyficznych procedur BHP chroniących pacjentów oraz personel przed szkodliwym działaniem promieniowania [2].

Współudział w procesie diagnostycznym wymaga od pielęgniarki szczególnej rzetelności i odpowiedzialności, gdyż od jakości jej działań zależy ostateczne rozpoznanie choroby i dalsze postępowanie terapeutyczne [2].

Działania pielęgniarki w ramach funkcji edukacyjnej

Pacjenci wymagają intensywnego wsparcia informacyjnego na wszystkich etapach choroby, lecz największe zapotrzebowanie na świadczenia edukacyjne obserwuje się z reguły u mężczyzn z nowo rozpoznanym nowotworem złośliwym gruczołu krokowego. Coraz częściej rolę głównego edukatora pacjenta i jego rodziny przejmuje pielęgniarka onkologiczna, która posiada specjalistyczną wiedzę na temat raka prostaty i doświadczenie w pracy z pacjentem onkologicznym [2, 6].

Należy zauważyć, że edukacja jest skoncentrowana przede wszystkim na praktycznym wymiarze terapii. Obejmuje zarówno przekazywanie wiedzy teoretycznej (rozmowę edukacyjną, materiały edukacyjne), jak i kształtowanie umiejętności samoobsługowych (instruktaż, trening umiejętności). Pielęgniarka w przystępny sposób wyjaśnia choremu przebieg badań diagnostycznych oraz leczenia, przekazując zasady zachowania podczas inwazyjnych interwencji medycznych. Ma również obowiązek zapoznać pacjenta z konsekwencjami oraz powikłaniami wynikającymi z planowanej terapii, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień funkcjonalnych i psychicznych. Wreszcie omawia z mężczyzną i jego najbliższymi specyfikę pielęgnacji w okresie leczenia oraz rekonwalescencji, a następnie wspólnie z nimi ustala indywidualny plan opieki pielęgniarskiej i przebieg stopniowego przygotowywania do samoopieki [2, 4, 8].

Co więcej, pielęgniarka zachęca pacjenta do samodzielnego poszukiwania i przyswajania wiedzy odnośnie raka prostaty. W tym celu zaopatruje go w odpowiednie pomoce edukacyjne (materiały pisemne: broszury, poradniki/ audiowizualne) i rekomenduje wiarygodne źródła informacji [2].

Jednocześnie personel pielęgniarski powinien otoczyć kompleksowym wsparciem edukacyjnym najbliższą rodzinę pacjenta, która towarzyszy mu w przebiegu choroby i stopniowo przejmuje rolę głównego opiekuna. Już na wczesnym etapie terapii należy angażować bliskich do skorelowanej współpracy z zespołem interdyscyplinarnym i aktywnego uczestnictwa w procesie pielęgnowania [4, 8].

Pielęgniarka musi pamiętać również o dostosowaniu zakresu edukacji do indywidualnego zapotrzebowania i rzeczywistych deficytów wiedzy pacjenta. Dodatkowo powinna regularnie kontrolować efektywność stosowanych form nauczania poprzez ewaluację przekazywanej wiedzy, np. podczas rozmowy z pacjentem czy z wykorzystaniem specjalistycznych ankiet oceniających zasób przyswojonych wiadomości. Podczas indywidualnych spotkań edukacyjnych z pacjentem onkologicznym należy zapewnić mu odpowiednie warunki intymności (osobną salę z ograniczonym przepływem personelu, atmosferę ciszy) oraz komfortu, zwłaszcza w przypadku rozmów odnośnie osobistych lub krępujących problemów chorego [2, 7, 9].

Profesjonalne wsparcie informacyjne znacząco usprawnia proces akceptacji nowotworu i motywuje chorego do podjęcia samoopieki. Długoterminowa edukacja pielęgniarska kompleksowo wspiera pacjenta oraz jego rodzinę w radzeniu sobie z kolejnymi etapami raka prostaty [2, 7].

Działania pielęgniarki w ramach funkcji terapeutycznej

Pielęgniarka bierze czynny udział we wszystkich formach terapii nowotworu złośliwego prostaty - zarówno w warunkach szpitalnych (prostatektomia radykalna, brachyterapia), jak i ambulatoryjnych (radioterapia, hormonoterapia, chemioterapia). Towarzyszy pacjentowi podczas całego postępowania terapeutycznego poprzez fizyczne i psychiczne przygotowanie do leczenia, bezpośrednie uczestnictwo w inwazyjnych zabiegach oraz opiekę w okresie rekonwalescencji [2].

Prostatektomia

Pacjenci poddawani zabiegowi prostatektomii są obejmowani pielęgniarską opieką okołoperacyjną na oddziale urologii. Przygotowanie dalsze ma przede wszystkim wymiar fizyczny. Pielęgniarka uczestniczy w ewaluacji (badaniach diagnostycznych) i stabilizowaniu stanu ogólnego chorego (wyrównywaniu zaburzeń wodno-elektrolitowych, stosowaniu specjalnego leczenia żywieniowego). Wdraża również profilaktykę przeciwzakrzepową (leki przeciwagregacyjne, kompresjoterapię) i wczesną rehabilitację szpitalną, która obejmuje ćwiczenia fizyczne (bierne/czynne, w tym trening mięśni Kegla) oraz oddechow. W ramach przygotowania psychicznego pielęgniarka niweluje negatywne emocje pacjenta związane z zabiegiem operacyjnym, w tym towarzyszący mu lęk i dyskomfort, poprzez profesjonalne wsparcie i empatyczne podejście do chorego. Przygotowanie bliższe dotyczy okresu od dnia przed zabiegiem aż do operacji i obejmuje m.in. toaletę ciała z zastosowaniem środka antyseptycznego, ogolenie pola operacyjnego i odpowiednią farmakoterapię (premedykację/antybiotykoterapię). Opieka pooperacyjna opiera się na wnikliwym monitoringu stanu ogólnego pacjenta (świadomości, wyglądu, parametrów życiowych) i efektywnej kontroli dolegliwości bólowych (ocenie bólu i leczeniu przeciwbólowym). Pielęgniarka jest również odpowiedzialna za obserwację i zaopatrzenie rany pooperacyjnej (higienę i regularną wymianę opatrunków, ocenę rany pod kątem objawów zakażenia, kontrolę drenażu). Co więcej, dba o właściwą pielęgnację cewnika moczowego, a także prowadzi ilościowo - jakościową kontrolę diurezy z zastosowaniem bilansu płynów. Jednocześnie po zabiegu chirurgicznym wdraża się szybką aktywizację pacjenta i kontynuuje działania rehabilitacyjne, w tym profilaktykę powikłań płucnych i fizjoterapię przyłóżkową [2, 10].

Radioterapia

Podczas radioterapii pacjent znajduje się pod specjalistyczną opieką personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w pracowni medycyny nuklearnej. Przed rozpoczęciem leczenia chory jest edukowany w zakresie istoty radioterapii, zwłaszcza specyficznej aparatury medycznej, a także możliwych powikłań. W przebiegu teleradioterapii pielęgniarka dodatkowo przekazuje pacjentowi zalecenia odnośnie profilaktyki popromiennych odczynów skórnych, w tym zasady samoobserwacji i delikatnego traktowania skóry (ograniczanie mycia naświetlanego obszaru do 4 tygodni od zakończenia leczenia, unikanie drażniących kosmetyków, stosowanie wyłącznie łagodnych preparatów pielęgnacyjnych, noszenie luźnej, przewiewnej, bawełnianej bielizny, regularne wietrzenie skóry, ochrona napromieniowanej okolicy przed uszkodzeniami fizycznymi, promieniowaniem słonecznym i wahaniami temperatur). Pielęgniarka regularnie monitoruje stan skóry narażonej na promieniowanie jonizujące. W przypadku wychwycenia jakichkolwiek zmian np. w postaci podrażnień, zaczerwienienia, wysypki, złuszczenia, a skrajnie nawet krwawiących owrzodzeń czy tkanek martwiczych, powiadamia lekarza i zabezpiecza je zleconymi środkami farmaceutycznymi (aerozole, maści, zasypki, specjalistyczne opatrunki). Powinna również ocenić stopień zaawansowania powikłań zgodnie z dostępnymi skalami nasilenia popromiennych odczynów skórnych (np. wg skali NCI CTCAE – National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events lub RTOG – Radiation Therapy Oncology Group). W przypadku przewlekłych lub powikłanych ran otwartych, pielęgniarka wyspecjalizowana w dziedzinie leczenia ran regularnie zaopatruje popromienne odczyny skórne i edukuje pacjenta bądź jego opiekuna w zakresie pielęgnacji zmian. Profesjonalne postępowanie z raną realizowane przez pielęgniarkę opiera się na ścisłym przestrzeganiu zasad aseptyki i antyseptyki oraz zapewnianiu optymalnych warunków sprzyjających gojeniu [2, 10].

Natomiast w przypadku brachyterapii pielęgniarka odpowiada za fizyczne i psychiczne przygotowanie pacjenta do znieczulenia przewodowego lub ogólnego, podczas którego do prostaty wszczepia się specjalne radioaktywne aplikatory. Przy zastosowaniu znieczulenia podpajęczynówkowego, oprócz zapewnienia rutynowej opieki pooperacyjnej (ścistej obserwacji, nawadniania, leczenia przeciwbólowego czy kontroli diurezy), pielęgniarka regularnie kontroluje stan pacjenta pod kątem objawów zespołu popunkcyjnego (ból głowy, nudności, wymiotów) i, w zależności od wskazań lekarza, zaleca pacjentowi czasowe pozostanie w pozycji płaskiej [2, 10].

Hormonoterapia

Personel pielęgniarski pracujący w poradni urologicznej aktywnie współpracuje z lekarzem w przebiegu hormonoterapii u mężczyzn z rakiem prostaty. Pielęgniarka nadzoruje cykliczne wizyty kontrolne pacjenta, podczas których asystuje w podskórnym lub domięśniowym wstrzyknięciu implantu z lekiem. Oprócz tego, uświadamia choremu konieczność przestrzegania regularnego schematu przyjmowania kolejnych zastrzyków (zazwyczaj co kilka miesięcy) i zawsze wyznacza pacjentowi termin otrzymania następnej dawki. Co więcej, zgodnie z zaleceniem lekarza, koordynuje powtarzalnym oznaczeniem poziomu PSA umożliwiającym ocenę odpowiedzi na zastosowaną hormonoterapię. Odpowiada również za zapoznanie mężczyzny z charakterystyką możliwych działań niepożądanych, a także zachęca go do samoobserwacji i zgłaszania wszystkich dolegliwości, w tym również tych dotyczących strefy intymnej. Natomiast podczas wizyt kontrolnych, pielęgniarka dodatkowo ocenia stan ogólny pacjenta pod kątem wystąpienia powikłań w przebiegu ADT, a w przypadku wykrycia zaburzeń konsultuje je z lekarzem i czynnie uczestniczy w ich leczeniu. Ze względu na ryzyko rozwoju zespołu metabolicznego, podczas kontroli należy każdorazowo wykonać pomiar parametrów życiowych (zwłaszcza ciśnienia tętniczego), zważyć pacjenta i obliczyć BMI, oznaczyć stężenie glikemii z krwi włosniczkowej, a czasem również przeanalizować wyniki lipidogramu. Jednocześnie chory powinien zostać objęty edukacją odnośnie zasad zdrowego stylu życia i regularnej samokontroli wartości ciśnienia tętniczego krwi i stężenia glikemii wraz z prowadzeniem specjalnych dzienniczek pomiarów. W przypadku rozpoznania nadciśnienia tętniczego lub cukrzycy pacjent kierowany jest do lokalnej poradni rodzinnej, gdzie pod nadzorem pielęgniarki POZ przechodzi stosowne szkolenie dotyczące samoopieki (samokontroli, farmakoterapii, insulinoterapii) w chorobie. Zaś chorzy, u których w przebiegu ADT wykryto anemię, poddawani są regularnym badaniom laboratoryjnym (morfologia, stężenie żelaza) i otrzymują stosowną edukację w zakresie farmakoterapii i zaleceń żywieniowych [2, 10, 11].

Chemioterapia

Długotrwałe i uciążliwe leczenie metodą chemioterapii wymaga skoordynowanej opieki i szczególnego wsparcia psychicznego ze strony pielęgniarki. W przypadku nowotworu złośliwego prostaty terapia trwa zazwyczaj kilka miesięcy i polega na dożylnym podaniu docetakselu w regularnych, powtarzających się co trzy tygodnie cyklach. Pielęgniarka jest zobowiązana do uprzedniego zapoznania pacjenta z charakterystycznym rytmem i przebiegiem leczenia oraz możliwymi objawami niepożądanymi. Oprócz stosownego przygotowania

psychicznego, odpowiada również za prawidłowe i bezpieczne podawanie cytostatyków. Docetaksel jest lekiem silnie drażniącym, często wywołuje miejscowe odczyny uczuleniowe, a w przypadku wynaczynienia prowadzi do rozwoju poważnych stanów zapalnych od zaczerwienienia czy obrzęku, nawet do owrzodzenia i martwicy okolicznych tkanek. W związku z tym, pielęgniarka powinna szczególnie zadbać o prawidłowe założenie i pielęgnację wkłucia dożylnego, a także każdorazowo sprawdzać umiejscowienie i drożność kaniuli. Musi dodatkowo znać zasady obsługi i pielęgnacji portu naczyniowego, zakładanego u pacjentów onkologicznych objętych długotrwałym leczeniem dożylnym. Podczas podaży leku należy regularnie monitorować okolicę wkłucia i wyedukować chorego odnośnie samokontroli, niepokojących objawów i natychmiastowego zgłaszania wszelkich dolegliwości. W przypadku wynaczynienia docetakselu stosuje się okłady, miejscowe leki przeciwzapalne oraz leczenie przeciwbólowe. Leki cytotoksyczne mogą wywoływać silne reakcje uczuleniowe, dlatego pielęgniarka jest zobowiązana do systematycznej obserwacji pacjenta pod kątem ewentualnych objawów świadczących o rozwijającym się wstrząsie anafilaktycznym (świąd/wysypka, zaczerwienienie/obrzęk twarzy, duszność). Niestety, chemioterapia wiąże się z wieloma skutkami ubocznymi o charakterze ogólnoustrojowym. Stąd też pielęgniarka powinna prowadzić kompleksowy monitoring pacjenta i uczestniczyć w niwelowaniu wczesnych i odległych powikłań leczenia. W przebiegu terapii docetakselem najczęściej obserwuje się: spadek odporności, nudności, wymioty, obwodowe neuropatie czuciowe/ruchowe, zaburzenia rytmu serca i obrzęki obwodowe. Jednak pacjenci leczeni chemioterapią wymagają przede wszystkim stałego wsparcia psychicznego w znoszeniu skutków długotrwałego leczenia oraz samoakceptacji zmian funkcjonalnych (osłabienia, deficytu samoopieki) i nowego wizerunku ciała (np. utraty włosów) [2, 4, 10].

Leczenie paliatywne

Pacjenci leczeni paliatywnie (hormonoterapią/chemioterapią) często zmagają się z dodatkowymi dolegliwościami związanymi z rozsianą chorobą nowotworową oraz wyniszczającymi skutkami długotrwałej terapii. U mężczyzn w zaawansowanym stadium raka prostaty wdraża się wsparcie interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej i skojarzone leczenie objawowe, oparte na doraźnym niwelowaniu bólu i innych uciążliwych zaburzeń somatycznych. Zaś pacjent znajdujący się w terminalnej fazie choroby, a skrajnie nawet w stanie uogólnionej kacheksji, zostaje objęty stałą (w warunkach instytucjonalnych) lub częściową (w warunkach domowych) opieką pielęgniarki [2, 7-9].

Głównym wyzwaniem pielęgniarki opieki paliatywnej jest efektywna kontrola bólu przewlekłego. U pacjenta stosuje się ustalony przez lekarza schemat leczenia przeciwbólowego, który opiera się na trójstopniowej drabinie analgetycznej. Dodatkowo pielęgniarka regularnie kontroluje efektywność wdrożonego leczenia poprzez ocenę dolegliwości bólowych według dostępnych skal (VAS/NRS), a także podczas obserwacji zachowania i aktywności ruchowej chorego w celu wychwycenia ewentualnych obiektywnych objawów bólu. Zgodnie z preferencjami pacjenta, można również korzystać z niekonwencjonalnych technik (zmiany pozycji, ćwiczenia oddechowe, treningi relaksacyjne) lub udogodnień (sprzęt rehabilitacyjny, komfortowe warunki snu) łagodzących ból. W przebiegu raka prostaty najczęściej pojawiają się uogólnione bóle kostne spowodowane licznymi ogniskami przerzutowymi w obrębie układu szkieletowego, dlatego, oprócz rutynowego leczenia przeciwbólowego pacjent przyjmuje bisfosfoniany oraz suplementację witaminy D i wapnia. Pielęgniarka powinna wyedukować pacjenta oraz jego rodzinę w zakresie zasad przyjmowania i skutków ubocznych zastosowanej farmakoterapii przeciwbólowej [8, 12].

U pacjentów w stanie terminalnym, zwłaszcza po przebytej chemioterapii lub radioterapii, często obserwuje się liczne dysfunkcje w obrębie układu pokarmowego. W przypadku przewlekłych nudności oraz wymiotów pielęgniarka stosuje odpowiednie leczenie przeciwwymiotne zlecone przez lekarza i ocenia efektywność stosowanej farmakoterapii za pomocą ilościowo-jakościowej kontroli zwracanych treści pokarmowych. W skrajnych przypadkach nasilenia dolegliwości wdraża się również prowadzenie bilansu płynów i monitorowanie równowagi wodno-elektrolitowej. Pielęgniarka powinna zadbać o przestrzeganie odpowiednich zaleceń dietetycznych: wprowadzenie diety lekkostrawnej, powolne jedzenie i picie, podawanie mniejszych i częstszych posiłków czy schładzanie produktów żywnościowych. Oprócz tego pacjentowi należy również zapewnić pełen komfort (stały dostęp do miski nerkowatej, ligniny, wody do płukania jamy ustnej) i bezpieczeństwo (pozycję siedzącą/półsiedzącą boczną). Pacjenci onkologiczni, zwłaszcza w przebiegu intensywnych wymiotów, są także szczególnie narażeni na rozwój dolegliwości w obrębie jamy ustnej (np. suchości/owrzodzeń błony śluzowej). Dlatego pielęgniarka powinna zadbać o regularne wykonywanie toalety jamy ustnej i nawilżanie błon śluzowych, a w przypadku wykrycia zmian chorobowych (zapalnych/grzybiczych) zastosować miejscowo odpowiednie środki lecznicze. W przypadku uciążliwych zaparć wdraża się odpowiednie nawadnianie i aktywizację pacjenta, a w poważniejszych przypadkach środki zmiękczające stolec czy wlewy

doodbytnicze. Przy biegunkach stosuje się regularne pojenie oraz dokładną pielęgnację okolic krocza i pośladków, jak również leki p/biegunkowe oraz płynoterapię dożylną [2, 8, 9, 13].

U chorych z przerzutami do okolicznych węzłów chłonnych lub po rozległej limfadenektomii mogą rozwijać się znaczące obrzęki kończyn dolnych. W takiej sytuacji pielęgniarka we współpracy z fizjoterapeutą wprowadza specjalne ćwiczenia bierne/czynne, drenaż limfatyczny, pozycjonowanie lub kompresjoterapię [2, 7].

Pacjenci onkologiczni w zaawansowanym stadium raka prostaty bardzo często zmagają się z zaburzeniami odżywiania, rozwijającymi się na podłożu wyraźnego osłabienia apetytu i licznych dolegliwości ze strony układu pokarmowego. W związku z tym, pielęgniarka powinna skonsultować rodzinę z dietetykiem specjalizującym się w żywieniu onkologicznym oraz aktywnie współuczestniczyć w edukacji i wdrażaniu zaleceń dietetycznych. Prawidłowe odżywianie w chorobie nowotworowej bazuje na urozmaiconej i łatwostrawnej diecie, zbilansowanej pod względem indywidualnego zapotrzebowania na składniki odżywcze i wartości energetyczne. Pacjenci powinni przyjmować mniejsze porcje pożywienia z jednoczesnym zwiększeniem częstotliwości posiłków. Rodzinę należy zaopatrzyć w dodatkowe materiały edukacyjne z rozpiską zalecanych produktów spożywczych i sposobów ich przygotowania. Co więcej, pielęgniarka wdraża kompleksową obserwację stanu ogólnego pacjenta i regularnie przeprowadza wywiad żywieniowy, w celu wychwycenia zaburzeń połykania, osłabienia apetytu czy uciążliwych dysfunkcji układu pokarmowego. W przypadku rozwoju niepokojących zmian w wyglądzie lub zachowaniu chorego, powinna dodatkowo ocenić ryzyko wystąpienia niedożywienia z wykorzystaniem odpowiedniej skali, np. NRS 2002 (Nutritional Risk Score 2002) czy MNA (Mini Nutritional Assessment). U chorych z zaburzeniami stanu odżywiania stosuje się leczenie żywieniowe w postaci środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego dla pacjentów onkologicznych oraz odpowiedniej suplementacji witamin i mikroelementów. Należy również umiejętnie dostosowywać formę posiłków (rozdrabnianie, miksowanie) do indywidualnych możliwości mężczyzny. Dobrze dobrane poradnictwo żywieniowe zapewnia pacjentowi lepszą jakość życia i łagodzi niepożądane działania leczenia [2, 4, 7, 9, 13].

Świadczenia pielęgniarskie o charakterze paliatywnym mają na celu zapewnienie jak najlepszej jakości życia pacjentowi onkologicznemu i jego rodzinie. Pielęgniarka powinna również zapewnić chorym terminalnie stałe wsparcie psychologiczne oraz duchowe [2, 7].

Reasumując, całościowa opieka pielęgniarska na wszystkich etapach leczenia raka prostaty wpływa na poprawę stanu zdrowia, sprawności i nastawienia psychicznego pacjenta, co skutkuje efektywniejszymi wynikami terapii i jakości życia [2].

Działania pielęgniarki w ramach funkcji opiekuńczej

Holistyczna opieka pielęgniarska obejmuje troskę zarówno o fizyczne, jak i psychiczne potrzeby pacjenta. Dbając o pozytywne nastawienie i dobrą sprawność funkcjonalną pacjenta onkologicznego, pielęgniarka skutecznie przyczynia się do poprawy jakości życia chorego. Mężczyźni z rakiem prostaty są objęci ciągłymi świadczeniami opiekuńczymi ze strony personelu pielęgniarskiego zarówno podczas intensywnego leczenia, jak i w okresie remisji choroby. Pielęgniarka powinna corocznie przeprowadzać obiektywną ocenę jakości życia pacjenta po zakończonej terapii, np. z wykorzystaniem specjalistycznego kwestionariusza EPIC-CP (Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice) lub skali ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), w celu dokonania samooceny efektywności sprawowanej opieki i ewaluacji ogólnego stanu biopsychicznego pacjenta [2, 3, 14].

Opieka pielęgniarska w zakresie zdrowia fizycznego

Wraz z postępowaniem procesu nowotworowego u pacjenta onkologicznego, zwłaszcza w starszym wieku i z dodatkowymi schorzeniami współistniejącymi dochodzi do stopniowej utraty samodzielności, a ostatecznie nawet niepełnosprawności. Mężczyźni z rakiem prostaty wymagają szczególnej opieki pielęgniarskiej, przede wszystkim w okresach inwazyjnego leczenia i w zaawansowanym stadium choroby [8, 12].

Przed wdrożeniem zindywidualizowanych czynności opiekuńczych, pielęgniarka obiektywnie weryfikuje wydolność funkcjonalną pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu oraz badania fizykalnego, a także z wykorzystaniem specjalistycznych formularzy do oceny zakresu samodzielności, np. skali Barthel lub ADL (Activities of Daily Living). Następnie na podstawie zidentyfikowanych deficytów samoopieki asystuje w zaspokajaniu podstawowych potrzeb fizjologicznych i poczucia komfortu pacjenta. Pielęgniarka powinna maksymalnie ograniczać zbędne wyręczanie chorego i wspierać jego adaptację do nowej sytuacji zdrowotnej. U pacjenta w przebiegu opieki postterapeutycznej dąży się do wczesnego podjęcia czynności samoobsługowych i przygotowania do samodzielnego funkcjonowania (samopielęgnacji, samokontroli) w warunkach domowych. Natomiast w terminalnej fazie choroby często dochodzi do trwałego ograniczenia samodzielności chorego, który wymaga stałego wspomaganie w zakresie codziennych czynności. W przypadku znacznego deficytu samoopieki u pacjenta powinna zadbać o odpowiednie udogodnienia w środowisku domowym oraz profilaktykę przeciwoleżynową (regularną zmianę pozycji, pielęgnację skóry, zastosowanie materaca przeciwoleżynowego). Pielęgniarka jest współodpowiedzialna za dobro i bezpieczeństwo niesamodzielnego pacjenta. Powinna wyedukować rodzinę odnośnie

pielęgowania chorego i regularnie kontrolować jakość sprawowanej opieki domowej lub zorganizować pacjentowi pobyt w ośrodku opieki paliatywnej. Jej zadaniem jest również aktywne wspieranie bliskich pacjenta, m.in. w dostępie do opieki zdrowotnej oraz uzyskaniu pomocy lub świadczeń socjalnych [2, 8, 12].

Opieka pielęgniarska w zakresie zdrowia psychicznego

Pielęgniarka jest odpowiedzialna także za opiekę nad psychospołeczną sferą zdrowia pacjentów onkologicznych. Mężczyźni z nowotworem złośliwym prostaty wymagają stałego wsparcia emocjonalnego i poradnictwa psychologicznego, zwłaszcza na kluczowych etapach choroby: podczas diagnostyki, intensywnych okresów terapii oraz leczenia paliatywnego [2, 3].

Personel pielęgniarski powinien wykazywać się dużą wrażliwością w stosunku do problemów emocjonalnych chorego, a także prowadzić wnikliwą obserwację zachowania i postawy pacjenta w celu wykrycia ewentualnych objawów świadczących o zaburzeniach stanu psychicznego. W procesie osvajania się z chorobą nowotworową często rozwijają się epizody depresji oraz zaburzenia lękowe, wymagające szczególnej cierpliwości i zrozumienia ze strony pielęgniarki. Mogą pojawić się również silne, negatywne emocje i gwałtowne reakcje w postaci wybuchów gniewu, płaczu, a nawet agresji. Mężczyźni z rakiem prostaty są narażeni na wiele uciążliwych powikłań drastycznie obniżających jakość życia, dlatego wykonuje się u nich coroczne testy przesiewowe w kierunku depresji, np. z wykorzystaniem Skali Depresji Becka. Pielęgniarka powinna nawiązywać regularny kontakt z pacjentem onkologicznym, poświęcać mu swój czas i zachęcać do rozmowy, a zwłaszcza do przełamywania poczucia wstydu oraz szczerego wyrażania swoich uczuć i potrzeb. Po czasie, między chorym a personelem medycznym wywiązuje się trwała relacja terapeutyczna oparta na zaufaniu, akceptacji i empatii. Poczucie bezpieczeństwa ułatwia pacjentowi przyjęcie pozytywnego nastawienia do leczenia i aktywną współpracę z członkami zespołu interdyscyplinarnego. Pielęgniarka powinna wprowadzać atmosferę spokoju i opanowania, a także zapewnić choremu efektywny odpoczynek. Pacjentowi z rakiem prostaty należy się również pełne poszanowanie godności i zachowanie warunków intymności, zwłaszcza podczas krępujących zabiegów czy badań, a także przy okazji rozmów na temat problematyki układu moczowo-płciowego. Warto doceniać osiągnięcia terapeutyczne i adaptacyjne mężczyzny, a jednocześnie zachęcać go do skorzystania z profesjonalnego poradnictwa psychologicznego. Pacjent i jego rodzina powinni zostać objęci nadzorem specjalistycznego zespołu wspierającego, który oferuje m.in. konsultacje pod nadzorem psychoonkologa lub zajęcia psychoedukacyjne np. odnośnie technik relaksacji i zarządzania chronicznym stresem. Należy im również zagwarantować dostęp do

stosownej opieki duszpasterskiej w zależności od wyznania oraz umożliwić realizację praktyk religijnych [3, 15-17].

Pacjent onkologiczny wymaga wzmożonego wsparcia i akceptacji ze strony najbliższych. Dlatego pielęgniarka powinna angażować rodzinę, a zwłaszcza partnera, do współudziału w działaniach leczniczych i edukacyjnych. Należy zachęcać pacjenta i jego bliskich do szczerych rozmów oraz wzajemnego wsparcia, a także mobilizować ich do skorzystania z rodzinnej bądź partnerskiej opieki psychologicznej bazującej na wspólnym rozwiązywaniu problemów i efektywnej komunikacji [2, 3].

Pielęgniarka dba dodatkowo o kompleksową aktywizację mężczyzny z nowotworem złośliwym prostaty, proponując mu dostępne formy spotkań grupowych oraz zachęcając go do podejmowania interakcji społecznych. Zaangażowanie w działalność grup samopomocowych bądź stowarzyszeń onkologicznych znacznie przyspiesza proces akceptacji choroby oraz motywuje pacjenta do edukacji i sprawowania samoopieki. Zaś uczestnictwo w różnego typu grupowych zajęciach rekreacyjno-sportowych, warsztatach, terapii zajęciowej pozytywnie wpływa na socjalizację i samopoczucie chorego [3, 4, 17].

Opieka psychospołeczna ze strony pielęgniarki ma pomóc pacjentowi w osiągnięciu wewnętrznego spokoju i akceptacji choroby. Dojrzałe nastawienie i pozytywna motywacja przyczyniają się do lepszych efektów leczenia raka prostaty [2, 3].

W celu skutecznej poprawy jakości życia pacjentów z nowotworem złośliwym prostaty, pielęgniarka musi objąć swoimi skoordynowanymi działaniami opiekuńczymi zarówno problemy natury fizycznej, jak i zaburzenia psychospołeczne [2, 3].

Działania pielęgniarki w ramach funkcji rehabilitacyjnej

Pacjenci po zakończonym leczeniu nowotworu złośliwego prostaty wymagają kontynuacji profesjonalnej opieki pielęgniarskiej w przebiegu złożonego procesu rekonwalescencji. Efektywne świadczenia rehabilitacyjne przyczyniają się do poprawy sprawności fizycznej oraz stanu psychicznego mężczyzny, a także znacząco niwelują intensywność powikłań postterapeutycznych. Kompleksowe działania pielęgniarki, umożliwiają pacjentowi powrót do funkcjonowania sprzed choroby i optymalne wypełnianie indywidualnych ról społecznych. Wczesne interwencje rehabilitacyjne wdrażane są profilaktycznie jeszcze przed rozpoczęciem leczenia, co skutecznie obniża ryzyko powikłań i poprawia wyniki terapii. Pacjent powinien zostać wyedukowany odnośnie możliwych efektów ubocznych i zaznajomiony z przebiegiem okresu rekonwalescencji. Rehabilitacja jest zazwyczaj procesem wieloletnim, który ma na celu całkowite wyleczenie powikłań lub

wykształcenie u chorych odpowiednich umiejętności w radzeniu sobie z objawami niepożądanymi. Pielęgniarka odpowiada za identyfikację ewentualnych zaburzeń czynnościowych, a następnie przy współpracy z zespołem interdyscyplinarnym oraz rodziną, obejmuje mężczyznę indywidualnym programem rehabilitacji onkologicznej, zapewniającą kompleksową opiekę zarówno krótko- (uzdrowiska, sanatoria), jak i długoterminową (monitoring ambulatoryjny, opieka dzienna) [2, 4, 8].

Rekonwalescencja postterapeutyczna

Bezpośrednio po zakończonym leczeniu, zwłaszcza u pacjentów w dobrym stanie ogólnym po terapii radykalnej, wdraża się intensywną rekonwalescencję, która ma na celu wzmacnianie sił witalnych i poprawę ogólnego stanu sprawności [4, 18, 19].

Terapia odbywa się najczęściej w obrębie wyspecjalizowanych ośrodków onkologicznych, a także w uzdrowiskach czy sanatoriach. Pielęgniarka towarzyszy fizjoterapeutom w organizowaniu regularnej aktywności ruchowej, np. rekreacyjno-sportowych ćwiczeń grupowych, dbając jednocześnie o przystosowanie intensywności treningów do indywidualnego stanu pacjenta. Co więcej, wspólnie z dietetykiem uczestniczy w edukacji żywieniowej i troszczy się o zaopatrzenie pacjenta w zdrowe posiłki. Personel medyczny aktywnie mobilizuje mężczyznę do kontaktów społecznych ze współpacjentami i uczestnictwa w zajęciach grupowych, np. terapii zajęciowej, treningach umiejętności, co przyczynia się do szybszej akceptacji choroby i poprawy stanu psychicznego. W trakcie rekonwalescencji postterapeutycznej pielęgniarka regularnie monitoruje stan ogólny pacjenta (wywiad, elementy badania fizykalnego), zwłaszcza czynność układu moczowo-płciowego i występowanie ewentualnych powikłań zastosowanego leczenia (NTM, objawy dyzuryczne, zatrzymanie moczu, odczyny popromienne). Sprawuje również podstawowe czynności diagnostyczne (pomiar parametrów życiowych, pobieranie krwi do badań laboratoryjnych), które umożliwiają ocenę reakcji na leczenie i wdrożone interwencje rehabilitacyjne [8, 18].

Docelowy plan opieki pielęgniarskiej w okresie rekonwalescencji jest opracowywany na zasadzie partnerskiej współpracy z chorym i obejmuje indywidualne potrzeby oraz dolegliwości pacjenta onkologicznego, umożliwiając mu szybki powrót do pełnej aktywności z umiejętnym funkcjonowaniem w obliczu powikłań [4, 18, 19].

Rehabilitacja urologiczna

U pacjentów po radykalnym leczeniu nowotworu złośliwego prostaty (prostatektomii/radioterapii) stosunkowo często pojawia się nietrzymanie moczu, czasem dodatkowo z towarzyszącymi objawami dyzurycznymi. Pielęgniarka bierze czynny udział w profilaktyce, identyfikacji, niwelowaniu, leczeniu, a także zapobieganiu powikłań w przebiegu NTM [20].

Jeszcze przed rozpoczęciem leczenia pacjent powinien zostać poinformowany o możliwych efektach ubocznych oraz objęty wczesną rehabilitacją pod nadzorem fizjoterapeuty urologicznego. Pielęgniarka w konsultacji z fizjoterapeutą aktywnie współuczestniczy w edukacji na temat ćwiczeń mięśni dna miednicy (tzw. mięśni Kegla), które zmniejszają ryzyko postterapeutycznego NTM. Samodzielnie wprowadza poszczególne elementy treningu (naukę lokalizacji, świadomego kurczenia i relaksacji odpowiednich struktur mięśniowych) i przekazuje zasady wykonywania ćwiczeń (odbywanie kilku sesji dziennie, w różnych pozycjach: leżącej, stojącej). Co więcej, wyposaża pacjenta w odpowiednie materiały edukacyjne np. ilustrowane instruktaże i zapewnia mu regularne poradnictwo fizjoterapeuty, który odpowiada za profesjonalną edukację i nadzór odnośnie poprawnej techniki ćwiczeń. Chorego należy zachęcać do uczestnictwa w rehabilitacji grupowej lub stworzyć mu odpowiednie warunki gwarantujące poczucie intymności, które umożliwią komfortowe wykonywanie ćwiczeń. Pielęgniarka powinna również poinstruować pacjenta w zakresie technik prowadzenia treningu moczowego, mobilizując go do kontrolowanego oddawania moczu (w regularnych, stopniowo wydłużanych odstępach czasu) połączonego z prowadzeniem dzienniczka mikcji [20-22].

Po zakończeniu leczenia pielęgniarka regularnie monitoruje pacjenta i przeprowadza wywiad odnośnie zaburzeń w obrębie dolnych dróg moczowych. W przypadku zidentyfikowania NTM powinna wyedukować mężczyznę w tematyce inkontynencji i przekonać go do wizyty u urologa. Pielęgniarka może również samodzielnie ocenić charakter (wysiłkowy, nagły) i nasilenie (okresowe/stałe, przy wysiłku/w spoczynku) NTM, np. poprzez wykonanie próby kaszlowej, testu podpaskowego czy poszerzonego badania podmiotowego. Powinna dodatkowo zalecić pacjentowi kontrolowanie częstotliwości epizodów NTM i nasilenia wycieku w dzienniczku mikcji [20].

Pacjentom z potwierdzonym NTM zaleca się kontynuację działań rehabilitacyjnych, które skutecznie niwelują łagodną inkontynencję. U chorych, zwłaszcza mężczyzn w starszym wieku lub z trudnościami w wykonywaniu treningu mięśni Kegla, można dodatkowo wykorzystać nowoczesne metody terapii, np. biofeedback (zapewniający pacjentowi kontrolę efektywności ćwiczeń mięśni dna miednicy) lub system elektrostymulacji (umożliwiający

elektryczną stymulację mięśni Kegla przez sondę rektalną). Odpowiednio wykwalifikowana pielęgniarka powinna zapoznać pacjenta z ofertą dostępnego sprzętu wspomagającego proces fizjoterapii NTM i wyedukować go odnośnie samodzielnego korzystania z urządzeń rehabilitacyjnych. W zależności od nasilenia NTM i wskazań lekarza, pielęgniarka bierze również udział w licznych badaniach diagnostycznych dotyczących układu moczowego (np. w pobraniu moczu na posiew, badaniach obrazowych), a także zaawansowanym leczeniu farmakologicznym lub zabiegowym [20-22].

Obowiązkiem pielęgniarki jest wyedukowanie pacjenta w kwestii sprawnego funkcjonowania z towarzyszącym NTM. Mężczyzna powinien zostać zapoznany z asortymentem dostępnych środków chłonnych (wkładki urologiczne, bielizna chłonna, podkłady, a także nieprzemakalne prześcieradła i materace) wraz z ich dofinansowaniem w ramach NFZ (Narodowego Funduszu Zdrowia), a także zaopatrzony w odpowiednie zlecenie na refundację comiesięcznego zaopatrzenia w wyroby chłonne. Rodzinom pacjentów niesamodzielnymi proponuje się używanie pieluchomajtek anatomicznych. Pielęgniarka szkoli pacjenta w zakresie sposobu korzystania z urologicznych środków pomocniczych (regularna wymiana, jednorazowy użytek), zasad utrzymania prawidłowej higieny okolic intymnych (regularna toaleta i pielęgnacja krocza), a także pomaga w doborze odpowiednich środków chłonnych i specjalistycznych artykułów higienicznych (chusteczki do higieny intymnej, pianki, żele myjące). Mężczyznę należy poinformować dodatkowo o możliwych powikłaniach w przebiegu NTM (wtórne zakażenia dróg moczowych, podrażnienia skóry), a także zaznajomić ze sposobami ich profilaktyki oraz leczenia. W przypadku tendencji do zmian skórnych (otarc, odparzeń) zaleca się stosowanie odpowiednio przeznaczonych kremów ochronnych lub emulsji nawilżających. Pielęgniarka powinna zadbać dodatkowo o odpowiednie nawadnianie oraz dietę wysokobłonnikową (zapobiegającą zaparciom) bogatą w witaminę C (np. żurawinę) [20-22].

NTM bardzo często stanowi dla mężczyzny nie tylko ogromny problem higieniczny, ale jest również przyczyną silnego skrepowania, które znacząco ogranicza jakość życia społecznego. Pielęgniarka powinna objąć pacjenta ukierunkowanymi świadczeniami rehabilitacyjnymi oraz zapewnić mu stały dostęp do specjalistycznych środków higienicznych, co umożliwi mu prowadzenie normalnej aktywności wolnej od uciążliwego dyskomfortu psychofizycznego [23].

Rehabilitacja seksualna

Pielęgniarka odgrywa również bardzo dużą rolę w rehabilitacji zaburzeń funkcjonowania seksualnego, które w znacznym stopniu pogarszają jakość życia intymnego i obniżają poziom samooceny pacjentów z nowotworem złośliwym prostaty [21, 24].

Jeszcze przed rozpoczęciem terapii mężczyzna powinien zostać wyedukowany odnośnie możliwości wystąpienia zaburzeń erekcji, a także dostępnych form ich leczenia oraz rehabilitacji. Pielęgniarka we współpracy z fizjoterapeutą powinna mobilizować pacjenta do wczesnego wprowadzenia ćwiczeń mięśni dna miednicy i rehabilitacji prącia przy użyciu urządzeń wspomagających. Najkorzystniejszą i jednocześnie najmniej inwazyjną formą leczenia dysfunkcji seksualnych jest połączenie leczenia farmakologicznego (inhibitor PDE5) z regularnym stosowaniem systemu próżniowego do wspomagania erekcji. Należy zapoznać pacjenta z zasadami przyjmowania leków (odpowiedni czas przed stosunkiem płciowym), ich sposobem działania, a także skutkami ubocznymi (ból głowy, uderzenia gorąca, zaburzenia widzenia). Mężczyźnie trzeba również przybliżyć specyfikę oraz instrukcję obsługi poszczególnych urządzeń wspomagających. U niektórych pacjentów stosuje się również inwazyjne metody terapii, np. zastrzyki z prostaglandynami do ciał jamistych lub czopki docewkowe. Wówczas odpowiednio wykwalifikowana pielęgniarka uczestniczy w nauce prawidłowej techniki aplikowania bądź wstrzykiwania leku. W trakcie prowadzenia edukacji, instruktażów lub rozmów odnośnie zaburzeń na tle seksualnym należy zapewnić choremu prywatność oraz warunki gwarantujące komfort psychiczny. Pielęgniarka powinna również zachęcać pacjenta do czynnej samoedukacji i zaangażowania partnera seksualnego w proces rehabilitacji [21, 24].

Zaburzenia erekcji mogą negatywnie wpływać na kondycję psychiczną pacjenta, a także na jego związek partnerski. Warto zaproponować mężczyźnie skorzystanie z profesjonalnej psychoedukacji seksualnej, a także polecić uczestnictwo w grupach wsparcia, które umożliwiają wzajemną wymianę doświadczeń i adaptację do zmian w funkcjonowaniu płciowym. Poza tym personel medyczny powinien otwarcie podejmować intymne rozmowy inicjowane przez pacjenta i zachęcać go do szczerego wyrażania swoich obaw, wątpliwości i oczekiwań [21, 24].

Pielęgniarka aktywnie uczestniczy w procesie rehabilitacji seksualnej, obejmując edukacją oraz wsparciem psychicznym zarówno chorego, jak i jego partnera. Jej działania mają na celu poprawę relacji intymnych, jak również stanu emocjonalnego mężczyzny [21, 24].

Rehabilitacja w zespole chronicznego zmęczenia

W przebiegu choroby onkologicznej i intensywnego leczenia bardzo często obserwuje się przewlekłe zmęczenie, które wymaga długoterminowych interwencji rehabilitacyjnych pielęgniarki [4, 7, 19, 25].

U pacjentów przede wszystkim wdraża się stopniową aktywizację, proponując im udział zarówno w zajęciach ruchowych (np. treningach grupowych, wycieczkach rekreacyjnych), jak i spotkaniach terapeutycznych (np. grupach wsparcia, terapii zajęciowej/relaksacyjnej, terapii poznawczo-behawioralnej) [4, 19, 25].

Pielęgniarka dodatkowo zapewnia chorym spokój oraz optymalne warunki do odpoczynku (wygodną pozycję ułożeniową, wietrzenie i zaciemnianie sali), a także przeprowadza edukację odnośnie zasad higieny snu (ograniczanie czasu spędzanego w łóżku i dodatkowych drzemek, eliminowanie używek i obfitych posiłków w godzinach wieczornych, ustalenie regularnych godzin snu). Natomiast w przypadku nasilonych zaburzeń snu należy zgłosić problem lekarzowi i doraźnie zastosować zlecone leki nasenne [4, 19].

Przedłużające się osłabienie może być również przejawem innych powikłań postterapeutycznych. Niektórzy pacjenci wymagają np. wyrównania zaburzeń wodno-elektrolitowych lub leczenia anemii [7, 19].

Skoordynowane działania rehabilitacyjne pielęgniarki przyczyniają się do znacznej poprawy w zakresie jakości codziennego funkcjonowania pacjenta. Dzięki aktywnym formom spędzania czasu pacjent zyskuje nowe pokłady energii, a kompleksowa edukacja zdrowotna wyraża się w świadomej dbałości o własne siły witalne [4, 7, 19].

Rehabilitacja w przebiegu powikłań kostnych

W ramach leczenia ADT, przyczyniającego się do rozwoju osteoporozy, znacznie zwiększa się ryzyko złamań kości. Pielęgniarka we współpracy z zespołem interdyscyplinarnym (fizjoterapeuta, lekarz) obejmuje pacjenta rozbudowanym programem rehabilitacyjnym ukierunkowanym na zapobieganie powikłaniom kostnym i profilaktykę upadków [25].

W celu prewencji dotkliwych powikłań osteoporozy, pielęgniarka wdraża dobraną przez lekarza farmakoterapię (bisfoniań/denosumab) i suplementację (witaminy D i wapnia), zapobiegającą dalszej utracie gęstości mineralnej kości. Jednocześnie zapoznaje pacjenta ze specyfiką (celowość, działanie, skutki uboczne) i zasadami stosowania (dożylnie/podskórnice, w kilkumiesięcznych odstępach) leków, uczestnicząc w ich cyklicznej podaży [18, 25].

Pielęgniarka powinna również podejmować aktywny udział w przeciwdziałaniu upadkom, które mogą przyczyniać się do złamań kości. Należy regularnie kontrolować sprawność pacjenta leczonego hormonoterapią poprzez przeprowadzanie ukierunkowanego wywiadu poszerzonego o historię urazów czy epizody zaburzeń równowagi, a także coroczne dokonywanie oceny ryzyka upadku, np. z wykorzystaniem skali Tinetti, próby Romberga, testu „wstań i idź” czy próby ortostatycznej. Dodatkowo pacjent powinien zostać objęty odpowiednio dostosowaną rehabilitacją ruchową i regularnie brać udział sesjach fizjoterapeutycznych lub gimnastyce grupowej ze szczególnym naciskiem na trening równowagi oraz chodu. Poza tym, adekwatnie do indywidualnej sytuacji zdrowotnej mężczyzny, pielęgniarka powinna zapewnić mu szereg udogodnień (np. sprzęt pomocniczy do chodzenia, obuwie antypoślizgowe, dopasowane okulary) oraz wyedukować rodzinę odnośnie odpowiedniego przystosowania środowiska domowego (zainstalowanie poręczy/uchwytów, utrzymanie porządku i usuwanie przeszkód) [2, 18, 26].

Pacjenci z rakiem prostaty, zwłaszcza w starszym wieku, z towarzyszącą anemią, przewlekłym zmęczeniem lub NTM, wymagają regularnej oceny pod kątem ryzyka wystąpienia powikłań kostnych. Skoordynowane świadczenia rehabilitacyjne pod nadzorem pielęgniarki przyczyniają się do zauważalnej poprawy jakości chodu i równowagi oraz skutecznie zapobiegają groźnym upadkom [18, 26].

Zakres pielęgniarskiej opieki rehabilitacyjnej w przebiegu nowotworu złośliwego prostaty powinien być ściśle dostosowany do realnych potrzeb i zasadniczych zaburzeń czynnościowych mężczyzny. W wyniku zsynchronizowanej współpracy z całym zespołem interdyscyplinarnym, działania pielęgniarki skutecznie wpływają na poprawę długoterminowych efektów leczenia oraz jakości życia pacjenta, zapewniając choremu perspektywę na lepszą przyszłość [2, 4, 25].

Działania pielęgniarki w ramach funkcji promowania zdrowia

Obowiązkiem pielęgniarki na każdym etapie opieki nad pacjentem z nowotworem złośliwym prostaty jest ciągle wzmacnianie zachowań prozdrowotnych i uświadamianie mężczyźnie odpowiedzialności za jakość swojego życia [2].

Pielęgniarka powinna angażować się w różnego typu akcje informacyjne popularyzujące kulturę zdrowotną w zakresie układu moczowo-płciowego u mężczyzn, w tym dotyczące tematyki raka prostaty. Oprócz tego może aktywnie współpracować z samorządem lokalnym, instytucjami lub grupami wsparcia w organizowaniu programów promocji zdrowia, a następnie realizować je w obrębie środowiska lokalnego czy okolicznych zakładów pracy. Jej działania

powinny propagować szeroko pojęty zdrowy styl życia zmniejszający ryzyko rozwoju chorób nowotworowych, w tym regularną samoobserwację, rutynowe konsultacje lekarskie i korzystanie z świadczeń poradni urologicznej [2, 6, 25].

Pacjenta onkologicznego i jego rodzinę należy dodatkowo objąć zindywidualizowanymi świadczeniami z obszaru promocji zdrowia. Pielęgniarka na wstępie ocenia poziom zachowań zdrowotnych podopiecznych i identyfikuje ich zapotrzebowanie na określoną wiedzę oraz umiejętności. Następnie we współpracy z całą rodziną ustala plan i tematykę poszczególnych spotkań, podczas których prowadzi edukację zdrowotną m.in. odnośnie zasad prowadzenia regularnego i oszczędzającego trybu życia, technik unikania stresu, umacniania dobrych nawyków żywieniowych, podejmowania aktywności ruchowej, nakłaniania do walki z nałogami, przestrzegania zaleceń lekarskich/farmakoterapii/wizyt kontrolnych czy też aktywnego uczestnictwa w rehabilitacji. Dzięki celowemu poradnictwu w zakresie czynników warunkujących zdrowie, pielęgniarka umiejętnie kształtuje prawidłowe wzorce postępowania zapewniające pacjentowi onkologicznemu poprawę ogólnego stanu zdrowia, w tym zmniejszenie ryzyka progresji/nawrotów choroby nowotworowej oraz lepszą jakość życia całej rodziny [2, 4, 6, 25].

Pielęgniarka jako członek zespołu interdyscyplinarnego aktywnie uczestniczy w upowszechnianiu zachowań prozdrowotnych, które w dużym stopniu zapobiegają rozwojowi wielu chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów. Pacjent z rakiem prostaty powinien zostać objęty szczególną opieką w zakresie promocji zdrowia, gdyż poziom jego wiedzy i świadomości zdrowotnej wpływa bezpośrednio na efektywność radzenia sobie z chorobą onkologiczną i jej konsekwencjami [2, 4, 25].

PODSUMOWANIE

Pielęgniarka czynnie towarzyszy pacjentowi z nowotworem złośliwym prostaty zarówno w zdrowiu (remisji), jak i w aktywnej fazie choroby, zapewniając mu szeroki zasób świadczeń zdrowotnych z zakresu pełnionych funkcji zawodowych. Kompleksowa opieka pielęgniarska obejmuje rozpoznanie unikalnych potrzeb chorego, a następnie realizowanie złożonego procesu pielęgnowania w oparciu o partnerską współpracę z mężczyzną, jego rodziną, a także całym zespołem interdyscyplinarnym.

PIŚMIENNICTWO

1. Pernar C.H., Ebot E.M., Wilson K.M. et al.: The Epidemiology of Prostate Cancer. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine 2018; 8 (12): a030361.

2. Koper A. (red).: Pielęgniarstwo onkologiczne: podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
3. Dembe K., Chłosta P.L., Czech K.A.: Oblicza choroby nowotworowej. Poradnik dla pacjentów z nowotworami układu moczowo-płciowego oraz dla ich rodzin lub opiekunów. Wyd. Polskie Towarzystwo Urologiczne, Warszawa 2019.
4. Paterson C., Roberts C., Toohey K. et al.: Prostate Cancer Prehabilitation and the Importance of Multimodal Interventions for Person-centred Care and Recovery. *Seminars in Oncology Nursing* 2020; 36 (4): 151048.
5. Cuzick J., Thorat M.A., Andriole G. et al.: Prevention and early detection of prostate cancer. *The Lancet Oncology* 2014; 15 (11): 484-492.
6. Deluga A., Ślusarska B., Belmas E. i wsp.: Wiedza mężczyzn na temat czynników ryzyka raka gruczołu krokowego. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2015; 96b(4): 757-762.
7. Noonan E.M., Farrell T.W.: Primary Care of the Prostate Cancer Survivor.: *American Family Physician* 2016; 93 (9): 764-770.
8. Cal A., Zengin S., Avci I.A.: Needs of Patients with Prostate Cancer for Home Care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 2018; 5 (4): 408-414.
9. Merriel S.W.D., Funston G., Hamilton W.: Prostate Cancer in Primary Care. *Advances in Therapy* 2018; 35 (9): 1285-1294.
10. Włoch M.: Rak stercza u mężczyzn. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2013; 3: 12-13.
11. Ahmadi H., Daneshmand S.: Androgen deprivation therapy for prostate cancer: long-term safety and patient outcomes. *Patient Related Outcome Measures* 2014; 5: 63-70.
12. Stejka B., Zera A., Krupienicz A.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem w terminalnej fazie raka prostaty - studium przypadku. *Pielęgniarstwo Polskie* 2019; 4: 431-435.
13. Twardak I.M., Konikowska K., Krańska A. i wsp.: Rola diety w rozwoju raka prostaty. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2015; 5 (4): 417-425.
14. Zaręba I., Stelmaszewska J., Siemionow K. i wsp.: Jakość życia pacjentów ze stwierdzonym rakiem prostaty. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2016; 4 (49): 453-457.
15. King-Okoye M., Arber A., Faithfull S.: Routes to diagnosis for men with prostate cancer: men's cultural beliefs about how changes to their bodies and symptoms influence help-seeking actions. A narrative review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing* 2017; 30: 48-58.

16. Hu S., Li L., Wu X. et al.: Post-surgery anxiety and depression in prostate cancer patients: prevalence, longitudinal progression, and their correlations with survival profiles during a 3-year follow-up. *Irish Journal of Medical Science* 2021; 190 (4): 1363-1372.
17. Fulcher C.D., Kim H.J., Smith P.R. et al.: Putting evidence into practice: evidence - based interventions for depression. *Clinical Journal of Oncology* 2014; 18: 26-37.
18. A M El Badri S., Salawu A., Brown J.E.: Bone Health in Men with Prostate Cancer: Review Article. *Current Osteoporosis Reports* 2019; 17 (6): 527-537.
19. Luo Y.H., Yang Y.W., Wu C.F. et al.: Fatigue prevalence in men treated for prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *World Journal Clinical Cases* 2021; 9 (21): 5932-5942.
20. Higa R., de Moraes Lopes M.H.B., D'Ancona C.A.L.: Male incontinence: A critical review of the literature. *Text Context Nursing* 2013; 22 (1): 231-238.
21. Schifano N., Capogrosso P., Tutolo M. et al.: How to Prevent and Manage Post-Prostatectomy Incontinence: A Review. *The World Journal of Men's Health* 2021; 39 (4): 581-597.
22. Gomes C.R.G., Eduardo A.H.A., Mosteiro-Diaz M. et al.: Nursing interventions for urinary incontinence and sexual dysfunction after radical prostatectomy. *Acta Paulista de Enfermagem* 2019; 32 (1): 106-112.
23. Matuszewski M.: Nowoczesne metody leczenia nietrzymania moczu u mężczyzn. *Przegląd Urologiczny* 2013; 1 (77): 21-25.
24. Schover L.R.: Sexual healing in patients with prostate cancer on hormone therapy. *American Society of Clinical Oncology Educational Book* 2015; 35: 562-566.
25. Calvo-Schimmel A., Qanungo S., Newman S.D. et al.: Supportive care interventions and quality of life in advanced disease prostate cancer survivors: An integrative review of the literature. *Canadian Oncology Nursing Journal* 2021; 31 (4): 412-429.
26. Moncada L.V.V., Mire L.G.: Preventing Falls in Older Persons. *American Family Physician* 2017; 96 (4): 240-247.

Zakażenia górnych dróg oddechowych i zatok przynosowych jako manifestacja wrodzonych błędów odporności

Agata Doligalska¹, Katarzyna Napiórkowska-Baran², Marcin Dolina¹,
Bartłomiej Szymczak¹, Zbigniew Bartuzi²

1. Studenckie Koło Naukowe Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WPROWADZENIE

W codziennej praktyce lekarza każdej specjalności może zdarzyć się przypadek pacjenta z objawami, przy których klinicysta powinien przede wszystkim pomyśleć o zaburzeniach mechanizmów układu immunologicznego. Przewlekające się i oporne na leczenie choroby zapalne, nawracające zakażenia oportunistyczne oraz autoimmunizacja to symptomy, które często jako pierwsze wyznaczają drogę dalszej diagnostyki w kierunku niedoborów odporności. Należy w takiej sytuacji, wykluczyć wtórne przyczyny, takie jak immunosupresja, choroba nowotworowa lub inne choroby przewlekłe zaburzające działanie układu odpornościowego. Jeśli nie możemy znaleźć czynnika sprawczego, warto pomyśleć o diagnozowaniu pacjenta pod kątem wrodzonych błędów odporności (WBO), zwanych wcześniej pierwotnymi niedoborami odporności (PNO).

ROZWINIĘCIE

Jednymi z najczęstszych manifestacji WBO są infekcje układu oddechowego, zarówno w obrębie górnych (GDO), jak i dolnych dróg oddechowych (DDO), szczególnie zatok, oskrzeli i płuc. Nielezione ostre infekcje często przechodzą w przewlekłe stany zapalne, a te z kolei mogą powodować trwałe powikłania dolnych dróg oddechowych m.in. rozstrzenia oskrzeli [1].

Wrodzone błędy odporności to choroby uwarunkowane genetycznie przejawiające się zaburzeniami układu immunologicznego. Składają się na to zarówno niedobór elementów układu immunologicznego, jak i nieprawidłowości w przebiegu mechanizmów reakcji odpornościowych. Po raz pierwszy pierwotny niedobór odporności (PNO) opisał Ogden Bruton u 4-letniego chłopca. Niedobór γ -globulin manifestował się u niego nawracającymi zakażeniami dróg oddechowych [2].

**Zakażenia górnych dróg oddechowych i zatok przynosowych
jako manifestacja wrodzonych błędów odporności**

Choroby te występują z częstością 10 na 100 tys. mieszkańców, a ich diagnostyka w ostatnich latach znacząco się rozszerzyła i upowszechniła. Zaczęto zwracać większą uwagę na dysfunkcję układu immunologicznego, u wielu potencjalnie nieuleczalnie chorych pacjentów. Dało to nową perspektywę patrzenia na choroby o klinicznie ciężkim przebiegu, niepoddające się leczeniu oraz lekooporne bakterie i grzyby kolonizujące zakażone miejsca.

Z każdym kolejnym rokiem Międzynarodowa Unia Towarzystw Immunologicznych (*International Union of Immunological Societies, IUIS*) uzupełnia listę WBO o coraz to nowe defekty genów i wynikające z nich fenotypy chorób. Z obecnej klasyfikacji opublikowanej przez IUIS wynika, że jest już poznanych 485 mutacji genetycznych dających nowe fenotypy chorób. IUIS sukcesywnie aktualizuje również klasyfikację WBO, a najnowsza została opublikowana w 2022 roku [3, 4]. Wyodrębniono w niej 10 grup, które zawierają listy chorób im przydzielonych (Tabela 1).

Tabela 1. Klasyfikacja wrodzonych błędów odporności

KLASYFIKACJA WRODZONYCH BŁĘDÓW ODPORNOŚCI
1. Niedobory odporności wpływające na odpowiedź komórkową i humoralną
2. Inne dobrze zdefiniowane zespoły niedoboru odporności
3. Niedobory odporności z przewagą niedoboru przeciwciał
4. Choroby związane z dysregulacją odpowiedzi immunologicznej
5. Wrodzone wady liczby lub funkcji fagocytów
6. Defekty odporności wrodzonej
7. Choroby autozapalne
8. Niedobory składowych układu dopełniacza
9. Zespoły niewydolności szpiku kostnego
10. Fenokopie wrodzonych błędów odporności

**Zakażenia górnych dróg oddechowych i zatok przynosowych
jako manifestacja wrodzonych błędów odporności**

Europejskie Towarzystwo Niedoborów Odporności (European Society for Immunodeficiencies, *ESID*) wraz z Fundacją im. Jeffreya Modella opracowało 10 objawów ostrzegawczych WBO klasyfikujących dzieci do badań diagnostycznych (Tabela 2). U osób dorosłych wyróżniono 6 symptomów wskazujących na zwiększone prawdopodobieństwo WBO (Tabela 3). Charakterystyczne symptomy zwiastujące WBO, zostały opracowane również przez stowarzyszenie powstałe z inicjatywy polskich immunologów [5,6,7].

Tabela 2. Charakterystyczne objawy wrodzonych błędów odporności występujące u dzieci

Objawy ostrzegawcze WBO u dzieci
1. Cztery lub więcej zakażeń uszu w ciągu roku
2. Dwa lub więcej zapaleń zatok w ciągu roku
3. Trwająca dwa miesiące lub dłużej antybiotykoterapia z niewielką poprawą stanu klinicznego
4. Dwa lub więcej zapaleń płuc w ciągu roku
5. Brak przyrostu masy ciała i zahamowanie prawidłowego rozwoju
6. Powtarzające się głębokie ropnie skórne lub narządowe
7. Przewlekła grzybica jamy ustnej lub skóry u dzieci po 1 roku życia
8. Konieczność długotrwałego leczenia zakażeń dożylnymi antybiotykami
9. Dwa lub więcej ciężkich zakażeń tkanek miękkich, w tym posocznica
10. Wywiad rodzinny wskazujący na występowanie pierwotnych niedoborów odporności

Tabela 3. Charakterystyczne objawy wrodzonych błędów odporności występujące u dorosłych

Objawy ostrzegawcze WBO u dorosłych
1. Cztery lub więcej zakażeń, takich jak zapalenie uszu, oskrzeli, zatok lub płuc w ciągu roku wymagające leczenia antybiotykami
2. Nawracające zakażenia lub zakażenia wymagające długotrwałej antybiotykoterapii
3. Dwa lub więcej ciężkie zakażenia bakteryjne, takie jak zapalenie kości, mózgu, posocznica, czy zakażenie skóry
4. Dwa lub więcej potwierdzone radiologicznie zapalenia płuc w ciągu 3 lat
5. Zakażenie o nietypowej lokalizacji lub wywołane nietypowym patogenem
6. Występowanie w rodzinie pierwotnych niedoborów odporności

DIAGNOSTYKA WBO

Wydaje się, że diagnostyka schorzeń układu immunologicznego jest długotrwała i skomplikowana z punktu widzenia klinicysty, ze względu na wielochorobowość pacjentów z WBO. Nie jest to do końca prawdą, gdyż większość niedoborów odporności stanowią zaburzenia przebiegające z defektem przeciwciał, a ich diagnostyka jest prosta i stosunkowo niedroga. Szczegółowy wywiad i badanie przedmiotowe powinny być pierwszymi i najważniejszymi elementami badania pacjenta immunoniekompentnego. W badaniu podmiotowym powinno się pamiętać zwłaszcza o infekcjach, autoimmunizacji, alergiach, chorobach współistniejących, przyjmowanych lekach, a także schorzeniach w rodzinie pacjenta, które mogą być powiązane z pierwotnymi niedoborami odporności. Pomocne są tutaj rutynowe badania laboratoryjne, takie jak morfologia krwi z rozmazem mikroskopowym, wykonanie proteinogramu [przeciwciała , czyli immunoglobuliny zawarte są głównie we frakcji γ -globulin (wszystkie klasy immunoglobulin) oraz w małym stopniu we frakcji β -globulin (IgA oraz IgM)]czy oznaczenie poziomu IgG, IgM i IgA w surowicy. Można w ten prosty sposób potwierdzić deficyty immunologiczne, ale niekoniecznie wykluczyć. Jeśli objawy chorobowe są niepokojące lub postawiono wstępne rozpoznanie, należy na tym etapie skierować pacjenta do specjalisty immunologii klinicznej. W zakresie jego diagnostyki są już testy specjalistyczne [8].

Zakażenia górnych dróg oddechowych i zatok przynosowych jako manifestacja wrodzonych błędów odporności

Należałoby również zwracać większą uwagę na inne przejawy dysregulacji funkcji immunologicznych organizmu, które mogą ograniczać rozpoznanie WBO: alergie, astma, choroby autoimmunologiczne, choroby limfoproliferacyjne czy nowotwory. Współistnienie ich, może maskować objawy choroby i wydłużać diagnostykę [9, 10].

LECZENIE WBO

Leczenie WBO zależy od rodzaju stwierdzanego niedoboru. W przypadku selektywnego niedoboru IgA, selektywnego niedoboru IgM i w łagodnie przebiegającym niedoborze podklas IgG podstawą jest realizacja szczepień dodatkowych. Leczenie niedoborów przebiegających z ciężkim zaburzeniem odporności w zakresie IgG opiera się głównie na terapii substytucyjnej immunoglobulinami ludzkimi. Niektóre niedobory wymagają przeszczepienia hematopetycznych komórek macierzystych, wprowadza się również innowacyjne leczenie metodami inżynierii genetycznej. W ostatnich latach terapię rozszerzono o inhibitory drobnocząsteczkowe, leki biologiczne, terapie genowe i zastosowanie swoistych dla wirusów limfocytów T zwalczających infekcje wirusowe u pacjentów z obniżoną odpornością. Pierwotny niedobór odporności był pierwszą chorobą wrodzoną, w której zastosowano terapię genową [8,11].

ZAKAŻENIA GDO I ZATOK W WBO

Jak już wspomniano, WBO wielokrotnie potrafią ujawnić się poprzez uporczywe infekcje górnych dróg oddechowych. Zwłaszcza nawracające i przewlekłe zapalenia zatok przynosowych budzą podejrzenie niedoboru. Można wyróżnić charakterystyczne grupy WBO, gdzie są to swoiste objawy chorobowe. Defekty genów mogą występować łącznie, dając różnorodne fenotypy i obraz kliniczny. Zanim pacjent z symptomami głównie z GDO trafi do immunologa klinicznego, potrzebę takiej wizyty musi zauważyć otolaryngolog, a jeszcze szybciej lekarz pierwszego kontaktu. Im wcześniej zwrócisz uwagę na niepokojące dolegliwości pacjenta, tym szybciej można rozpocząć diagnostykę i uchronić pacjenta przed powikłaniami znacznie obniżającymi jakość życia.

Zakażenia GDO w WBO

Patologie w obrębie gardła i krtani, szczególnie fałdów głosowych i pierścienia Waldeyera są opisywane przez autorów publikacji, jako manifestacje mniej specyficzne i rzadziej występujące w WBO. Jednak ze względu na możliwość niebezpiecznych powikłań tej okolicy, nie można zlekceważyć jakichkolwiek odchyłeń od normy. Choroby obejmują

Zakażenia górnych dróg oddechowych i zatok przynosowych jako manifestacja wrodzonych błędów odporności

przewlekłe i ziarniniakowe stany zapalne z limfadenopatią. Objawy w postaci odynofagii, dysfagii i duszności pojawiają się w przypadku nawracających zapaleń krtani, z racji jej obrzęku. Bolesność dominuje też w przypadku stanów zapalnych migdałków podniebiennych, które z czasem ulegają przerostowi i dają objawy podobne do obrzęku krtani [12]. W jamie ustnej tworzą się liczne dokuczliwe afty i pleśniawki zwiększające swoje rozmiary. Początkowo nieznaczne zmiany, przekształcają się z czasem w ziarniniaki, owrzodzenia, zmiany brodawkowe i guzy zapalne [13,14,15]. Takie problematyczne i wysoce uciążliwe symptomy są najczęściej wywołane przez bakterie ropotwórcze, takie jak *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* czy *Pseudomonas* [16]. Wykazano również, że omawiana grupa pacjentów z niedoborami odporności jest podatna na przewlekające się infekcje wirusowe, wywołane zwłaszcza wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), wirusem opryszczki pospolitej (HSV) czy cytomegalowirusem [13,15].

Przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa i zatok przynosowych (PZZP) w WBO

Przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa i zatok przynosowych (PZZP) jest precyzyjnie określanej jako stan zapalny błony śluzowej trwający ponad 12 tygodni i manifestujący się objawami: niedrożnością nosa, katar, bólem lub rozpieraniem twarzy i utratą węchu. Aby definicja była spełniona muszą występować 2 spośród wymienionych objawów i jednym z nich powinna być niedrożność nosa lub katar. Nawracające ostre zapalenie błony śluzowej nosa i zatok przynosowych opisuje się występowaniem 4 lub więcej epizodów w ciągu roku, z ustąpieniem objawów między epizodami. Uporczywy przebieg choroby lub nawracające oporne na leczenie dolegliwości mogą skłaniać lekarza do skierowania diagnostyki w stronę zaburzeń odporności [17, 18]. Szacuje się, że nawet u 50% pacjentów z PZZP o ciężkim przebiegu występuje dysfunkcja układu immunologicznego. Najczęstszymi WBO przebiegającymi z PZZP są selektywny niedobór IgA, niedobór podklas IgG, rzadziej występuje pospolity zmienny niedobór odporności (*Common Variable Immunodeficiency, CVID*) oraz agammaglobulinemia sprzężona z chromosomem X, czy zaburzenia limfocytów T [19].

U pacjentów narażonych na przewlekły lub nawracający stan zapalny w obrębie błon śluzowych nosa i jego okolic, nabłonek rzęskowy zostaje naruszony i dochodzi do upośledzenia funkcji lokalnych mechanizmów immunologicznych. Komórki błonkowe dróg oddechowych tworzą szczelne bariery i wraz z komórkami układu odpornościowego produkującymi cytokiny i chemokiny, chronią powierzchnię dróg oddechowych przed wnikaniem patogenów.

Zakażenia górnych dróg oddechowych i zatok przynosowych jako manifestacja wrodzonych błędów odporności

Odpowiedź immunologiczna wrodzona i nabyta odpowiednio kontroluje i wzmacnia procesy adaptacyjne błony śluzowej w zmieniających się w jamie nosowej warunkach [20]. Do rozwinięcia PZZP bardzo często przyczyniają się bakterie beztlenowe. Prawdopodobnie wywołane jest to osłabionym drenażem kompleksu ujściowo-przewodowego i wzmożonym ciśnieniem w zatokach podczas stanu zapalnego. Dominujące bakterie beztlenowe, które wyizolowywano najczęściej to podgatunek *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, beztlenowe pałeczki Gram-ujemne i *Propionibacterium acnes*. Natomiast dominującymi bakteriami tlenowymi i fakultatywnymi są *Enterobacteriaceae* i *Staphylococcus aureus* [21].

Według EPOS 2020 (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps) badania funkcji układu immunologicznego są uzasadnione u pacjentów z PZZP opornych na zastosowaną antybiotykoterapię oraz u pacjentów z towarzyszącymi zakażeniami dolnych dróg oddechowych. Jak wspomniano wcześniej najistotniejsze w diagnostyce jest wykonanie proteinogramu, stężenia głównych klas immunoglobulin (IgA, IgG oraz IgM) i w przypadku takiej możliwości również podklas IgG. Diagnostyka powinna być prowadzona z nastawieniem na kontrolowanie funkcji układu odpornościowego wraz z badaniami mikrobiologicznymi i obrazowymi.

Terapia pacjentów z PZZP i WBO opiera się głównie na długotrwałej antybiotykoterapii, zalecaniu szczepień dodatkowych i w przypadku niedoborów przebiegających z defektem IgG, terapii substytucyjnej immunoglobulinami [17,18].

Leczenie stanu zapalnego w PZZP polega na stosowaniu donosowo GKS, irygacji solą fizjologiczną i antybiotykoterapii w zaostrzeniach oraz w początkowych etapach nawrotów. Wiadomo, że funkcjonalna endoskopowa operacja zatok (FESS) stała się złotym standardem w przypadku braku poprawy po leczeniu początkowym. Celem zabiegu jest uzyskanie drożności przewodów nosowych oraz ułatwienie wentylacji zatok, co ułatwia szybsze przemijanie toczącego się stanu zapalnego.

Dodatkowe rozpoznanie WBO nie wyklucza wskazanego leczenia PZZP, lecz znacząco je modyfikuje. W przypadku niektórych defektów przebiegających z niedoborem IgG (zarówno ilościowym, jak i jakościowym) terapię uzupełnia się o leczenie immunoglobulinami oraz profilaktyczną antybiotykoterapię. Profilaktyka ta, może zmniejszyć częstość zaostrzeń przewlekłych stanów zapalnych i zapobiec występowaniu nadkażeń bakteriami oportunistycznymi. Zalecenia należy rozważyć również u pacjentów bezobjawowych [22].

Długotrwała terapia substytucyjna immunoglobulinami zmniejsza liczbę nawrotów choroby, powoduje łagodniejszy przebieg stanu przewlekłego, może również wpłynąć na zmniejszenie zapotrzebowania na antybiotyki i sterydy w chorobach dróg oddechowych.

Z uwagi na słabą penetrację immunoglobulin do zatok, niestety często efekt terapeutyczny nie jest tak zadowalający, jak by się spodziewano. Dlatego należy skutecznie leczyć stan zapalny i wczesnie wdrażać leczenie zabiegowe. U niektórych chorych wymagana jest długotrwała profilaktyka antybiotykowa [23].

PODSUMOWANIE

Wrodzone błędy odporności (WBO), mogą błędnie wydawać się mniej prawdopodobne u dorosłych niż u dzieci. Istnieje również przekonanie, że występują niezmiernie rzadko. Należy pamiętać, że niektóre niedobory są rozpowszechnione w populacji. Przykładem jest selektywny niedobór IgA, który występuje z częstością 1:500. Dodatkowo niektóre niedobory odporności mogą klinicznie ujawnić się dopiero w wieku dorosłym. Takimi niedoborami są selektywny niedobór IgA, niedobór podklas IgG, niedobór swoistych przeciwciał (Specific Polysaccharide Antibody Deficiency, SPAD), czy CVID. Myślenie w ten sposób opóźnia diagnostykę i stawia WBO na samym końcu różnicowania. Infekcje GDO i zatok są bardzo powszechne, a trudności w ich leczeniu powinny budzić podejrzenie nieprawidłowego funkcjonowania układu immunologicznego. Zwłaszcza, że wstępna diagnostyka WBO jest prosta i może wiele wnieść do rozpoznania.

Oczywiście prawdopodobnych przyczyn PZZP jest wiele i w pierwszej kolejności trzeba je wykluczyć. Należą do nich: przerost migdałka gardłowego, deformacja przegrody nosowej, zmiany anatomiczne ścian nosa, reflukszołdkowo-przełykowy, aktywne I bierne palenie wyrobówt tytoniowych, jak i inne choroby współistniejące takie jak mukowiscydoza, dyskine zarzęsek czy alergie [23]. Jednak przezorność w tym przypadku może poprawić rokowanie i zapobiec późnym ciężkim powikłaniom WBO.

PIŚMIENNICTWO

1. Owayed A., Al-Herz W.: Sinopulmonary Complications in Subjects With Primary Immunodeficiency. *Respiratory Care* 2016; 61(8): 1067-1072.
2. Bernatowska E.: Pierwotne niedobory odporności. *Pediatrics Polska* 2008; 83(6): 697-703.
3. Tangye SG., Al-Herz W., Bousfiha A. et al.: Human Inborn Errors of Immunity. 2022 Update on the Classification from the International Union of Immunological Societies Expert Committee. *Journal of Clinical Immunology* 2022; 42(7): 1473-1507.

**Zakażenia górnych dróg oddechowych i zatok przynosowych
jako manifestacja wrodzonych błędów odporności**

4. Bousfiha A., Moundir A., Tangye SG. et al.: The 2022 Update of IUIS Phenotypical Classification for Human Inborn Errors of Immunity. *Journal of Clinical Immunology* 2022; 42(7):1508-1520.
5. ESID - European Society for Immunodeficiencies. <https://esid.org/Working-Parties/Clinical-Working-Party/Resources/10-Warning-Signs-of-PID-General>. (data pobrania 12.07.2023).
6. ESID - European Society for Immunodeficiencies. <https://esid.org/Working-Parties/Clinical-Working-Party/Resources/6-Warning-Signs-for-PID-in-Adults>. (data pobrania 12.07.2023).
7. Bernatowska E., Odporności PGR ds PN.: Polska Grupa Robocza ds. Pierwotnych Niedoborów Odporności - działania na rzecz wzrostu wykrywalności pierwotnych niedoborów odporności oraz dostępności leczenia substytucyjnego preparatami gammaglobulin dla pacjentów z niedoborami przeciwciał - raport z września 2013 roku. *Standardy Medyczne Pediatria* 2014; 11(2): 197-204.
8. Brzustewicz E., Bryl E.: Przegląd testów laboratoryjnych przydatnych w diagnostyce pierwotnych niedoborów odporności. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2014; 8(1): 27-36.
9. Pieniawska-Śmiech K., Pasternak G., Lewandowicz-Uszyńska A. et al.: Diagnostic Challenges in Patients with Inborn Errors of Immunity with Different Manifestations of Immune Dysregulation. *Journal of Clinical Medicine* 2022; 11(14): 4220.
10. Rosada T., Napiórkowska-Baran K., Alska E. i wsp.: Alergia, jako maska Pierwotnych Niedoborów Odporności. *Alergia Astma Immunologiaa - Przegląd Kliniczny*. 2021; 26(1): 2-9.
11. Perez E.: Future of Therapy for Inborn Errors of Immunity. *Clinical Reviews in Allergy and Immunology* 2022; 63(1): 75-89.
12. Abdel-Naby Awad OG.: Prevalence of humoral immunodeficiency in adult patients with recurrent tonsillitis. *American Journal of Otolaryngology* 2019; 40(6): 102275.
13. Sharafian S., Movahedi M., Kalantari A. et al.: A Rare Case of Hyper IgE Syndrome with Vocal Cords Involvement. *Iranian Journal of Allergy Asthma Immunology*. 2019; 18(2): 225-229.
14. Laajala A., Kuismin O., Tastula M. et al.: Tonsillar granuloma associated with hypogammaglobulinemia. *Allergy, Asthma and Clinical Immunology: Official Journal of the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology* 2020; 16: 43.

15. Inoue M., Isoda T., Yamashita M. et al.: Cytomegalovirus Laryngitis in Primary Combined Immunodeficiency Diseases. *Journal of Clinical Immunology*. 2021; 41(1): 243-247.
16. Aghamohammadi A., Moin M., Karimi A. et al.: Immunologic evaluation of patients with recurrent ear, nose, and throat infections. *American Journal of Otolaryngology* 2008; 29(6): 385-392.
17. Fokkens WJ., Lund VJ., Hopkins C. et al.: European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology* 2020; 58(Suppl S29): 1-464.
18. Fokkens WJ., Lund VJ., Hopkins C. et al.: Europejskie wytyczne na temat zapalenia zatok przynosowych i polipów nosa 2020. *Magazyn Otorinolaryngologiczny* 2020; 19(75,76): 80-126.
19. Mazza JM., Lin SY.: Primary immunodeficiency and recalcitrant chronic sinusitis: a systematic review. *International Forum of Allergy and Rhinology* 2016; 6(10): 1029-1033.
20. Aarestrup PF., Aarestrup MF., Aarestrup BJV. et al.: Prophylaxis of Upper Airway Infections in a Patient with Partial IgA Deficiency: Concurrent Use of Sublingual Immunotherapy with Inactivated Whole-Cell Bacterial Extract and Der p1. *Case Reports in Otolaryngology* 2016; 6(10): 1029-1033.
21. Brook I.: Bacteriology of Chronic Sinusitis and Acute Exacerbation of Chronic Sinusitis. *Archives Otolaryngology- Head and Neck Surgery* 2006; 132(10): 1099-1101.
22. Huwyler C., Lin SY., Liang J.: Primary Immunodeficiency and Rhinosinusitis. *Immunology and Allergy Clinics of North America* 2020; 40(2): 233-249.
23. Bernatowska E., Mikołuc B., Krzeski A. et al.: Chronic rhinosinusitis in primary antibody immunodeficient patients. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2006; 70(9): 1587-1592.

Zachowania zdrowotne personelu medycznego pracującego w oddziałach szpitalnych

Ewelina Wąsak¹, Ewa Kobos²

1. Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny
2. Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny

WSTĘP

Mianem zachowań zdrowotnych określa się wszelkie świadome działania człowieka mające ściśle i szerokie powiązanie ze zdrowiem. Dotyczą one zarówno zachowań zdrowotnych, jak i antyzdrowotnych [1]. Te pierwsze w swoich aktywnościach wspierają kondycję fizyczną, budują nawyki na przykład żywieniowe, uczą prawidłowych wzorców dbania o zdrowie, obejmują profilaktykę, sprzyjają zachowaniu dobrego stanu psychicznego i społecznego. Do tej grupy zachowań należą: stosowanie pełnowartościowej diety, utrzymanie regularnego wysiłku fizycznego, zachowanie higieny snu, dbanie o komfort psychiczny i ciało. Zachowania antyzdrowotne przyczyniają się do zaburzenia wcześniej wymienionych aspektów. Prowadzą do chorób lub zwiększają ryzyko ich powstania. Przykładami tego rodzaju zachowań są palenie papierosów, stosowanie środków odurzających, nadużywanie alkoholu [2]. Na kształtowanie zachowań zdrowotnych składają się samodzielne decyzje jednostki oraz wpływ środowiska. Edukacja zdrowotna może pomóc w obraniu odpowiedniego kierunku swoich działań na rzecz zdrowia. Ostatecznie człowiek samodzielnie decyduje jakie zachowania i w jakim stopniu będzie w sobie kształtował [3].

Do obowiązków personelu pielęgniarskiego należy między innymi edukacja zdrowotna pacjenta, promocja zdrowia, oraz profilaktyka. Mimo nakłaniania pacjenta do wdrożenia zachowań zdrowotnych, personel pielęgniarski sam ma problem ze stosowaniem się do przekazywanych zaleceń. Praca zmianowa, która uznana jest za bardziej szkodliwą dla zdrowia od pracy w stałym wymiarze godzin może stanowić jedną z barier realizacji zachowań prozdrowotnych wśród personelu pielęgniarskiego. Pielęgniarki pracujące na oddziałach szpitalnych przyznają, że nie zwracają istotnej uwagi na bogatość odżywczą spożywanych posiłków oraz nie zachowują regularnej pory jedzenia. Z badań wynika, że personel pielęgniarski zaniedbuje życie prywatne na skutek specyfiki pracy, poświęca niewystarczającą

ilość czasu swojej rodzinie i przyjaciołom. Brak troski o relacje międzyludzkie wpływa negatywnie na jego samopoczucie i zdrowie psychiczne [4].

Lekarze to grupa zawodowa, która dla pacjentów powinna być wzorem zachowań zdrowotnych do naśladowania. Podobnie jak w przypadku pielęgniarek, wiedza i świadomość na temat zachowań zdrowotnych nie przekłada się na częstość ich podejmowania w tej grupie zawodowej [5]. Część lekarzy w odpowiedzi na stres sięga po używki – alkohol i papierosy, u innych zaś, wyładowanie emocji przez sport staje się przejawem poprawnej postawy prozdrowotnej, wpływa pozytywnie na stan fizyczny oraz samopoczucie psychiczne [5,6].

Jednym z głównych i jednocześnie bardziej zaniedbanych komponentów zachowania zdrowia w grupie lekarzy jest sen i jego higiena [5]. Nieprawidłowe wzorce żywieniowe, zaniedbanie snu i odpoczynku oraz stres to wynik pracy zmianowej, często przeładowanej godzinami [4]. Z danych wynika, że lekarze nie przejawiają istotnie zdrowszego trybu życia od osoby niezwiązanej z kierunkami medycznymi. Specyfika pracy lekarza medycyny może paradoksalnie utrudniać podejmowanie zachowań zdrowotnych [5].

CEL PRACY

Analiza porównawcza częstotliwości podejmowania pozytywnych zachowań zdrowotnych przez lekarzy i pielęgniarki pracujące w oddziałach szpitalnych.

MATERIAŁ I METODY

Grupę badaną stanowiło 50 lekarzy i 52 pielęgniarki, kryterium doboru grupy do badania był co najmniej roczny staż pracy w zawodzie oraz zatrudnienie w szpitalu. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od listopada 2021 roku do marca 2022 roku, kwestionariusz ankiety został udostępniony respondentom drogą elektroniczną.

Oceny samopoczucia respondentów dokonano za pomocą skali Wskaźniki Dobrego Samopoczucia (WHO-5). Składa się ona z 5 stwierdzeń, które określają samopoczucie badanych w ciągu ostatnich dwóch tygodni. Zgodnie z interpretacją skali wynik poniżej 13 wskazuje na złe samopoczucie i stanowi wskazanie do przeprowadzenia badania w kierunku depresji zgodnie z klasyfikacją ICD-10 [7].

Do określenia częstotliwości realizacji zachowań prozdrowotnych wykorzystano skalę Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych. Składa się ona z 4 części dotyczących dbania o zdrowie: ocena poziomu dbania o własne zdrowie; ocena częstości podejmowania zachowań zdrowotnych: żywienie, aktywność fizyczna, odpoczynek i zachowania związane ze zdrowiem

**Zachowania zdrowotne personelu medycznego pracującego
w oddziałach szpitalnych**

psychospołecznym, dbałość o ciało; niepodejmowanie zachowań ryzykownych oraz podjęte w ostatnim czasie zachowania na rzecz zdrowia [8].

Obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS Statistics 21,0. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej testem χ^2 dla prób niezależnych. Wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotną. Test *t*-Studenta wykorzystano do analiz dla grup niezależnych w celu weryfikacji hipotezy o równości średnich badanej zmiennej w dwóch populacjach.

Grupa pielęgniarek stanowiła 51% badanych, grupa lekarzy 49%, średnia wieku respondentów wyniosła $30 \pm 9,37$ lat, średni stażu pracy w zawodzie wynosił $6 \pm 9,35$ lat. W badanej grupie 25% personelu pracowało w szpitalu promującym zdrowie. Ogółem 73% respondentów pracowało w systemie zmianowym 12 godzinnym, natomiast 27% w 8 godzinnym.

WYNIKI

W grupie lekarzy uzyskano średni wynik $14,10 \pm 3,55$ pkt w skali WHO-5, natomiast w grupie pielęgniarek $12,53 \pm 4,39$ pkt. Wykazana różnica była na granicy istotności statystycznej ($p = 0,052$) (Tabela 1).

Tabela 1. Wynik uzyskanych wartości w skali WHO – 5 dla lekarzy i pielęgniarek

WHO-5					
Zawód	M	N	SD	t	p
lekarz	14,10	50	3,55	3,87	0,052
pielęgniarka / rz	12,53	52	4,39		
ogółem	13,30	102	4,06		

Zdecydowana większość lekarzy uznała, że raczej dba o swoje zdrowie - 76%, w grupie pielęgniarek 77% odpowiedziało, że raczej dba o swoje zdrowie. Analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku pomiędzy zawodem ankietowanych, a samooceną dbania o swoje zdrowie (Tabela 2).

**Zachowania zdrowotne personelu medycznego pracującego
w oddziałach szpitalnych**

Tabela 2. Samoocena dbałości o zdrowie w podziale na grupę lekarzy i pielęgniarek

			Samoocena dbałości o zdrowie			Ogółem	Chi- kwadrat	P
			bardzo dbam o swoje zdrowie	raczej dbam o swoje zdrowie	raczej nie dbam o swoje zdrowie			
Zawód	lekarz	n	5	38	7	50	0,19	0,900
		%	10,0%	76,0%	14,0%	100,0%		
	pielęgniarka/rz	n	4	40	8	52		
		%	7,7%	76,9%	15,4%	100,0%		
ogółem		n	9	78	15	102		
		%	8,8%	76,5%	14,7%	100,0%		

Wykazano istotną statystycznie różnicę między grupami ($p=0,011$) w zakresie częstości realizacji zachowań prozdrowotnych w zakresie żywienia. Lekarze wykazali większą częstotliwość realizacji zachowań zdrowotnych związanych z żywieniem (Tabela 3).

Tabela 3. Częstość realizacji zachowań zdrowotnych w podskali żywienie w podziale na pielęgniarki i lekarzy

Zawód		Podskala żywienie
lekarz	M	5,42
	SD	2,21
pielęgniarka / rz	M	4,21
	SD	2,50
ogółem	M	4,80
	SD	2,43
t		6,63
P		0,011

Analiza statystyczna wykazała, że lekarze istotnie częściej podejmowali zachowania zdrowotne w kategorii aktywność fizyczna (Tabela 4).

**Zachowania zdrowotne personelu medycznego pracującego
w oddziałach szpitalnych**

Tabela 4. Częstość realizacji zachowań zdrowotnych w podskali aktywność fizyczna w podziale na pielęgniarki i lekarzy

Zawód		Podskala aktywność fizyczna
lekarz	M	2,72
	SD	1,19
pielęgniarka / rz	M	1,61
	SD	1,58
ogółem	M	2,15
	SD	1,50
t		15,67
p		0,000

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy zawodem ankietowanych a częstością realizacji zachowań zdrowotnych w podskali sen, odpoczynek i zdrowie psychiczne ($p=0,000$). Lekarze wykazują większą częstotliwość realizacji zachowań w tej kategorii (Tabela 5).

Tabela 5. Częstość realizacji zachowań zdrowotnych w podskali sen, odpoczynek i zdrowie psychospołeczne w podziale na pielęgniarki i lekarzy

Zawód		Sen, odpoczynek i zdrowie psychospołeczne
lekarz	M	5,06
	SD	1,68
pielęgniarka / rz	M	2,57
	SD	1,87
ogółem	M	3,79
	SD	2,16
t		49,49
p		0,000

Analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku ($p=0,590$) pomiędzy zawodem ankietowanych a podejmowaniem pozytywnych zachowań zdrowotnych związanych z dbałością o ciało (Tabela 6).

**Zachowania zdrowotne personelu medycznego pracującego
w oddziałach szpitalnych**

Tabela 6. Częstość realizacji zachowań zdrowotnych w podskali dbałość o ciało w podziale na pielęgniarki i lekarzy

Zawód		Podskala dbałość o ciało
lekarz	M	6,36
	SD	1,71
pielęgniarka / rz	M	6,17
	SD	1,77
ogółem	M	6,26
	SD	1,74
t		0,292
p		0,590

Zarówno w grupie lekarzy, jak i pielęgniarek nie wypija dużej ilości alkoholu jednorazowo 56% badanych, nie nadużywa leków nieprzepisanych przez lekarza po 92% badanych. Nie pali papierosów w grupie lekarzy 74% badanych w porównaniu do 38% nie palących pielęgniarek. Ponad połowa lekarzy (54%) unika towarzystwa osób palących, natomiast w grupie pielęgniarek jest to 62% nie unika przebywania wśród palaczy (Tabela 7).

Tabela 7. Niepodejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia

Rodzaj zachowania	Lekarze		Pielęgniarki	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Nie wypijam dużej ilości alkoholu na jeden raz (nie upijam się)	56%	44%	56%	44%
Nie palę papierosów	74%	26%	37%	63%
Unikam przebywania wśród osób palących papierosy	54%	46%	38%	62%
Nie nadużywam leków nieprzepisanych przez lekarza (przeciwbólowych, uspokajających, nasennych)	92%	8%	92%	8%

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej różnicy ($p=0,228$) pomiędzy zawodem ankietowanych a niepodejmowaniem zachowań ryzykownych dla zdrowia (Tabela 8).

**Zachowania zdrowotne personelu medycznego pracującego
w oddziałach szpitalnych**

Tabela 8. Niepodejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia - analiza porównawcza

Zawód	M	SD
lekarz	3,62	1,15
pielęgniarka/rz	3,30	1,42
ogółem	3,46	1,30
t	1,472	
p	0,228	

W grupie lekarzy działania na rzecz zdrowia w ciągu ostatnich 12 miesięcy podejmowało 88% badanych, w grupie pielęgniarek 81% (Tabela 9).

Tabela 9. Podejmowanie działań na rzecz zdrowia w ciągu ostatnich 12 miesięcy

	Lekarze		Pielęgniarki	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Czy w ostatnich 12 miesiącach zrobiłaś/eś coś, żeby lepiej dbać o swoje zdrowie?	88%	12%	81%	19%

Respondenci z dobrym samopoczuciem (≥ 13 pkt) wykazują istotnie wyższą częstotliwość realizacji zachowań związanych z żywieniem oraz snem, odpoczynkiem i zachowaniami zdrowotnymi związanymi ze zdrowiem psychospołecznym (Tabela 10).

Tabela 10. Zależność między samopoczuciem a częstością podejmowania pozytywnych zachowań zdrowotnych

WHO-5		Niepodejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia	Żywienie	Aktywność fizyczna	Sen odpoczynek i zdrowie psychiczne	Dbłość o ciało
Dobre samopoczucie	M	3,52	5,31	2,27	4,47	6,25
	SD	1,28	2,51	1,44	2,08	1,88
Złe samopoczucie	M	3,39	4,29	2,03	3,11	6,27
	SD	1,32	2,256	1,57	2,05	1,60
Ogółem	M	3,46	4,80	2,15	3,79	6,26
	SD	1,30	2,43	1,50	2,16	1,74
t		0,281	4,638	0,619	10,906	0,003
p		0,597	0,034	0,433	0,001	0,955

DYSKUSJA

Realizacja edukacji zdrowotnej należy do kompetencji i obowiązków zarówno lekarzy jak i pielęgniarek [3]. Podejmując pracę w zawodzie od pracowników ochrony zdrowia wymaga się wiedzy na temat konsekwencji zachowań antyzdrowotnych i korzyści płynących z realizacji zachowań prozdrowotnych. W tym badaniu ogółem połowa respondentów wykazała złe samopoczucie. Badany personel medyczny uzyskał w skali WHO-5 średnio 13,3 pkt, co stanowi wynik niższy niż uzyskany w badaniu Hesselink i wsp. w grupie personelu SOR-u w czasie pandemii [9]. Autorzy wykazali, że średnia wartość w skali WHO-5 była istotnie wyższa dla lekarzy, w porównaniu z pozostałym personelem medycznym. Badanie własne również potwierdziło wyższe wartości w skali WHO-5 wśród lekarzy. Zeike i wsp. wykazali złe samopoczucie u 18,2% pielęgniarek onkologicznych, co stanowi wynik niższy niż wśród pielęgniarek w tym badaniu (57,7%) [10]. Rozbieżności te mogą wynikać z różnic w specyfice pracy polskich i niemieckich pielęgniarek. W badaniu Owoc i wsp., oceniając samopoczucie wśród 125 lekarzy w Polsce, wykazali niskie samopoczucie u 38% respondentów [11]. W badaniu własnym odsetek lekarzy wykazujący niskie samopoczucie był wyższy o 10%. Khamis i wsp. podczas pandemii COVID-19 przeprowadzili badanie w grupie 402 pracowników ochrony zdrowia (28,4% - lekarze; 71,6% - pielęgniarki), w którym wykazali, że 45,3% pielęgniarek i lekarzy miało niskie samopoczucie [12]. Badanie Falby potwierdziło, że w grupie lekarzy oddziałów chirurgicznych w porównaniu do pielęgniarek częściej występują zaburzenia dobrego samopoczucia [13].

Z tego badania wynika, że samoocena dbania o własne zdrowie była niezadowolająca w grupie 14% lekarzy i 15% pielęgniarek. Według Szemik i wsp. na samoocenę jakości życia i stanu zdrowia lekarzy wpływa przede wszystkim nadmierny stres i przewlekłe zmęczenie, na które narażona jest ta grupa zawodowa. W przeglądzie tym wykazano także, że zarówno pielęgniarki jak i lekarze charakteryzujący się takimi cechami osobowości jak ambicja, chęć dominacji oraz narzucanie sobie szybkiego tempa pracy gorzej dbają o swoje zdrowie i częściej wypalają się zawodowo [6].

Pozytywne zachowania zdrowotne, które lekarze i pielęgniarki realizują najczęściej dotyczą odżywiania. W tym badaniu średnia częstotliwość realizacji tej grupy zachowań była istotnie częstsza wśród lekarzy. Lekarze częściej w porównaniu do pielęgniarek ograniczali spożycie tłuszczów zwierzęcych oraz soli, a także unikali podjadania między posiłkami. Być może różnica wynika z faktu, iż lekarze, co wynika ze specyfiki pracy, spędzają mniej czasu przy łóżku pacjenta, a więcej w gabinecie. Mimo łatwo dostępnej przetworzonej żywności, potraw typu fast-food, z badania własnego wynika, że zarówno lekarze jak i pielęgniarki chętnie

**Zachowania zdrowotne personelu medycznego pracującego
w oddziałach szpitalnych**

sięgają po owoce i warzywa oraz pełnowartościowe posiłki. W badaniu Gładysz i wsp. wykazano, iż spożycie owoców i warzyw wśród pielęgniarek było na niewystarczającym poziomie. Wykazano również, że pielęgniarki nie spożywały regularnie obiadów w pracy [14]. Systematyczniej podwieczorki spożywały pielęgniarki nie pracujące w systemie 12-godzinnym. Posiłki o w miarę regularnych porach według niniejszego badania często spożywa 40% pielęgniarek. W badaniu Gacek wykazano, że 72,5% lekarek i 58,6% lekarzy spożywa raz dziennie warzywa oraz 46,8% lekarek i 41,4% lekarzy spożywa raz dziennie owoce. Na podstawie danych wysunięto wnioski, iż spożycie owoców i warzyw wśród grupy lekarzy jest niewystarczająca [15]. Trojanowska i wsp. wykazali, iż pielęgniarki pediatryczne niewystarczająco dbają o realizację zachowań zdrowotnych. Podobnie jak w badaniu własnym zwrócono uwagę na nieregularność jedzenia oraz podjadanie pomiędzy głównymi posiłkami [3].

W badanej grupie wykazano nieco niższą, w porównaniu do zachowań żywieniowych częstotliwość realizacji prozdrowotnych zachowań związanych z aktywnością fizyczną. Może być to związane z nadmierną liczbą godzin pracy. Ocena częstości podejmowania aktywności fizycznej przez lekarzy wykazała, że 46 z 71 z nich codziennie lub kilka razy w tygodniu wykonuje wysiłek fizyczny [16]. W badaniu Trojanowskiej i wsp. wykazano, że około połowa respondentów podejmowała wysiłek fizyczny w rekomendowanej przez WHO ilości, przy czym aktywność dotyczyła głównie jazdy na rowerze oraz spacerów [3]. W badaniu Chuchry i Gorbaniuk, którego celem było porównanie poziomu aktywności fizycznej między pielęgniarkami a kobietami wykonującymi zawody niemedyczne, wykazano, iż 42% pielęgniarek od czasu do czasu podejmuje aktywność fizyczną [17]. Badanie własne zdaje się potwierdzać te wyniki, bowiem 39% pielęgniarek czasem podejmuje aktywność o umiarkowanej intensywności oraz 37% pielęgniarek czasem wykonuje ćwiczenia wzmacniające siłę mięśniową.

W tym badaniu, w grupie pielęgniarek zachowania prozdrowotne w subskali sen, odpoczynek i zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym były realizowane istotnie rzadziej niż w grupie lekarzy. Badanie Andrzejewskiej i wsp., wykazało, że co czwarta pielęgniarka cierpiała na bezsenność lub zaburzenia rytmu okołodobowego [18]. Wyniki badań światowych również zwracają uwagę na znaczne zaniedbanie snu przez pielęgniarki pracujące głównie w systemie zmianowym 12-godzinnym [19]. To badanie potwierdza, że lekarze zdecydowanie bardziej dbają o sen, co może wiązać się z tym, że system zmianowy tej grupy zawodowej różni się od porządku pracy pielęgniarek. Lekarze na oddziałach szpitalnych na co dzień pracują w systemie 8-godzinnym, a dyżury całodobowe zdarzają się kilka razy

Zachowania zdrowotne personelu medycznego pracującego w oddziałach szpitalnych

w miesiącu, po czym następuje dzień przerwy. Pielęgniarki pracują głównie w systemie 12 godzinnym, a nocne dyżury zdarzają się znacznie częściej. Nieco odmiennie wyniki badań dotyczące snu wśród lekarzy i studentów medycyny uzyskano w badaniu Howie i wsp. [20]. Przedstawiono wyniki, w których u 60% respondentów występował zaburzony sen. Badanie własne potwierdza, iż 42% lekarzy często śpi minimum 7-8h oraz 44% lekarzy kładzie się spać o podobnej porze. W badaniu Nowickiego i wsp. 305 pracowników ochrony zdrowia, w tym 189 pielęgniarek oceniło realizację swoich zachowań zdrowotnych na dość wysokim poziomie. Według respondentów najbardziej istotne zachowania zdrowotne to te z kategorii profilaktyki zdrowotnej oraz pozytywne myślenie. Dopiero na kolejnym miejscu wskazano zachowania z zakresu zdrowego odżywiania. Badanie wykazało, że poziom prezentowanych zachowań zdrowotnych jest wyższy w grupie pracowników medycznych w porównaniu z grupą niemedyczną i wynika ze zrozumienia wpływu własnych decyzji na zdrowie [21].

W badaniu przeprowadzonym podczas pandemii COVID-19 przez Badura-Brzozę i wsp. udowodniono, iż grupa pielęgniarek realizowała zachowania prozdrowotne (pozytywne nastawienie psychiczne i zachowania profilaktyczne) na wyższym poziomie w porównaniu do grupy lekarzy. W przeciwieństwie do wyników z badania własnego, w którym lekarze wykazali większą częstotliwość realizacji zachowań zdrowotnych w podskali sen, odpoczynek i zdrowie psychospołeczne, to badanie udowodniło, że pielęgniarki częściej niż lekarze prezentowały pozytywne nastawienie psychiczne [22].

Woynarowska – Sołdan i wsp. wykazali, iż prawie co trzecia pielęgniarka paliła papierosy lub była narażona na bierne palenie, co piąta nadużywała alkoholu i leków nie przepisanych przez lekarza. Bardzo podobnie przedstawiają się wyniki badania własnego [23]. Odmienne prezentowały się wyniki odnośnie spożywania alkoholu i leków OCT, bowiem wykazano iż nie upija się ponad połowa badanych pielęgniarek, a ponad 90% z nich nie nadużywa leków nieprzepisanych przez lekarza. W grupie lekarzy około jedna czwarta spożywała niebezpieczne ilości etanolu, 5% było uzależnionych od papierosów [24]. Wyniki badania własnego pokazały, że połowa badanych lekarzy nie upija się, oraz jedna piąta pali papierosy.

W tym badaniu respondenci z lepszym samopoczuciem wykazują większą częstotliwość realizacji zachowań związanych z żywieniem oraz snem, odpoczynkiem i zdrowiem psychospołecznym. Gorsze samopoczucie u 41% pielęgniarek po nieprzespanym dyżurze nocnym wykazano w badaniu Dudek. Jedna trzecia pielęgniarek czuła się wyczerpana psychicznie, co negatywnie wpływało na jakość ich snu [25].

Podsumowując, personel medyczny z uwagi na specyfikę pracy ma utrudnioną możliwość realizacji zachowań zdrowotnych co może wpływać na ich stan zdrowia. Każdy pracownik

**Zachowania zdrowotne personelu medycznego pracującego
w oddziałach szpitalnych**

ochrony zdrowia powinien mieć zapewniony łatwy dostęp do konsultacji psychologicznych, z uwagi na bardzo stresogenny rodzaj pracy. Należy zwrócić uwagę na zbyt małą ilość personelu i przeładowany godzinami wymiar pracy [26]. Odpowiednia regeneracja i więcej czasu wolnego mogłaby pozytywnie wpłynąć na chęć realizacji zachowań zdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej, ponieważ zasoby pozyskanej energii pracownicy mogliby przeznaczyć na uprawianie sportu [27]. Ponadto wyniki tego badania potwierdzają, że osoby z dobrym samopoczuciem chętniej podejmują zachowania prozdrowotne, dlatego warto dbać o swój codzienny nastrój. Dowody z badań sugerują, że lekarze, którzy praktykują pozytywne zachowania zdrowotne, częściej promują zachowania zdrowotne u pacjentów, co prowadzi do lepszych wyników pacjentów [28,29].

WNIOSKI

1. Lekarze wykazują lepsze samopoczucie niż pielęgniarki zgodnie z wskaźnikami dobrego samopoczucia WHO.
2. Lekarze wykazują wyższą częstotliwość podejmowania zachowań zdrowotnych z zakresu żywienia, aktywności fizycznej, oraz snu, odpoczynku i zdrowia psychospołecznego.
3. Lekarze i pielęgniarki/rze wykazujący się dobrym samopoczuciem częściej realizują zachowania zdrowotne z kategorii żywienia oraz sen, odpoczynek i zdrowie psychospołeczne.

PIŚMIENNICTWO

1. 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(4): 558-565.
2. Woynarowska B. (red.): *Edukacja Zdrowotna*. PWN, Warszawa 2017.
3. Trojanowska A., Trojanowska P., Piasecka K. i wsp.: Zachowania zdrowotne pielęgniarek pediatrycznych. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio* 2020; 3(43): 177-194.
4. Waksmańska W., Gajewska K.: Zachowania zdrowotne personelu pielęgniarskiego pracującego w systemie zmianowym w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Wadowicach. *Medycyna* 2019; 22(3-4): 44-48.

**Zachowania zdrowotne personelu medycznego pracującego
w oddziałach szpitalnych**

5. Bąk-Sosnowska M., Kołodziej S., Gojdz K. i wsp.: Podmiotowe czynniki ryzyka zachowań antyzdrowotnych w grupie lekarzy medycyny. *Medycyna Środowiskowa* 2015; 18(3): 17-24.
6. Szemik S., Gajda M., Kowalska M.: Przegląd badań prospektywnych na temat stanu zdrowia psychicznego oraz jakości życia lekarzy i studentów medycyny. *Medycyna Pracy* 2020; 71(4): 483–491.
7. Topp CW., Østergaard SD., Søndergaard S. et al.: Who-5 Well-Being Index: systematyczny przegląd literatury. *Psychother Psychosom* 2015; 84(3): 167-176.
8. Woynarowska-Sołdan M., Panczyk M., Iwanow L. et al.: Validation of the positive health behaviours scale: a nationwide survey of nurses in Poland. *Int J Occup Saf Ergon* 2019; 25(1): 76-85.
9. Hesselink G., Straten L., Gallée L. et al.: Holding the frontline: a cross-sectional survey of emergency department staff well-being and psychological distress in the course of the COVID-19 outbreak. *BMC Health Serv Res* 2021; 21(1): 525.
10. Zeike S., Ansmann L., Lindert L. et al.: Identifying cut-off scores for job demands and job control in nursing professionals: a cross-sectional survey in Germany. *BMJ Open* 2018; 8(12): e021366.
11. Owoc J., Mańczak M., Tombarkiewicz M. et al.: Burnout, well-being, and self-reported medical errors among physicians. *Pol Arch Intern Med* 2021; 131 (7-8): 626-632.
12. Khamis F., Al Mahyijari N., Al Lawati F. et al.: The Mental Health of Female Physicians and Nurses in Oman during the COVID-19 Pandemic. *Oman Med J* 2020; 35(6): e203.
13. Falba A.: Zespół wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego oddziałów chirurgicznych. Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2015.
14. Gładysz G., Kobos E., Czarnecka J. i wsp.: Zachowania żywieniowe pielęgniarek w środowisku pracy. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016; 2(60): 149-157.
15. Gacek M.: Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna w grupie lekarzy. *Probl Hig Epidemiol* 2011; 92(2): 254-259.
16. Konieczny G.: Aktywność fizyczna lekarzy w ujęciu teorii dystynkcji Pierre'a Bourdieu. *Rzeszowskie Studia Socjologiczne* 2017; 9: 60-74.
17. Chuchra M., Gorbaniuk J.: Aktywność fizyczna pielęgniarek. *Badania Porównawcze. Roczniki Teologiczne* 2019; 66(10): 95-109.

18. Andrzejewska K., Snarska K., Chorąży M. i wsp.: Występowanie zaburzeń snu wśród personelu pielęgniarskiego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2018; 24(2): 126-132.
19. Kang J., Noh W., Lee Y.: Sleep quality among shift-work nurses: A systematic review and meta-analysis. *Appl Nurs Res* 2020; 52: 151-227.
20. Howie EK., Cannady N., Messias EL. et al.: Associations between physical activity, sleep, and self-reported health with burnout of medical students, faculty and staff in an academic health center. *Sport Sci Health* 2022: 1-9.
21. Nowicki G., Ślusarska B., Młynarska M. i wsp.: Umiejscowienie kontroli zdrowia a deklarowane zachowania zdrowotne w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2017; 1(50): 38-48.
22. Badura-Brzoza K., Bułdak R., Dębski P. i wsp.: Stres okresu pandemii wirusa SARS–CoV–2 a zachowania prozdrowotne wśród personelu medycznego – doniesienie wstępne. *Psychiatria Polska* 2021; 238: 1-10.
23. Woynarowska-Sołdan M., Panczyk M., Iwanow L. et al.: Associations between overweight and obesity and health enhancing behaviours among female nurses in Poland. *Ann Agric Environ Med* 2018; 25(4): 714-719.
24. Pörringer D., Mayer R., Meisinger C. et al.: Health, risk behaviour and consumption of addictive substances among physicians - results of an online survey. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2018; 13(27): 1-13.
25. Dudek A.: Chroniczne zmęczenie oraz bezsenność wśród pielęgniarek. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2021; 3(6): 38-58.
26. Cho H., Han K.: Associations Among Nursing Work Environment and Health-Promoting Behaviors of Nurses and Nursing Performance Quality: A Multilevel Modeling Approach. *J Nurs Scholarsh* 2018; 50(4): 403-410.
27. Brand SL., Thompson Coon J., Fleming LE. et al.: Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review. *PLoS ONE* 2017; 12(12): 1-26.
28. Crisford P., Winzenberg T., Venn A. et al.: Factors associated with physical activity promotion by allied and other non-medical health professionals: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2018; 101(10): 1775–1785.
29. Stanford FC., Durkin MW., Stallworth JR. et al.: Powell CK: Factors that influence physicians' and medical students' confidence in counseling patients about physical activity. *J Prim Prev* 2014; 35(3): 193–201.

Wtórne niedobory odporności w wybranych jednostkach chorobowych

Oskar Schmidt¹, Katarzyna Napiórkowska-Baran², Zbigniew Bartuzi²

1. Studenckie Koło Naukowe Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WPROWADZENIE

Układ immunologiczny jest jednym z układów odpowiedzialnych na utrzymanie homeostazy organizmu. Niestety tak jak jest ważnym układem, tak oddziałuje na niego wiele czynników środowiska zewnętrznego oraz wewnętrznego. Wysokość nad poziomem morza, a co za tym idzie stężenie tlenu oddziałuje na pewne parametry powyższego układu. U osób zamieszkujących te tereny obserwuje się we krwi zwiększone stężenia IgA oraz IgG, natomiast zmniejszenie liczby limfocytów T CD4+ [1]. Tryb życia jaki jest prowadzony, również wpływa na nasz układ odpornościowy. W dzisiejszych czasach organizm ludzki jeszcze bardziej niż kiedyś narażony jest na przewlekły stres, wysoce przetworzoną żywność oraz zanieczyszczenia powietrza. Koreluje to z powstawaniem na wszystkich etapach rozwoju wielu jednostek chorobowych, które same w sobie oraz leczenie ich wpływa na modyfikację układu immunologicznego- dochodzi do zjawiska powstania wtórnych dysfunkcji immunologicznych.

ROZWINIĘCIE

Zaburzenia immunologiczne w cukrzycy

Według Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego (ADA, *American Diabetes Association*) infekcje osób zmagających się z cukrzycą stanowią poważny problem z uwagi na zaburzenie procesów, w które zaangażowany jest układ odpornościowy. Pacjenci chorujący na cukrzycę są od 2 do 10 razy częściej hospitalizowani z powodu infekcji [1, 2].

Interleukiny są jednymi z ważniejszych cytokin układu odpornościowego. Stymulują reakcje prozapalne poprzez stymulację limfocytów T, różnicowanie limfocytów B oraz uznawane są za czynnik pirogeny odpowiedzialny za produkcję białek ostrej fazy.

Szereg badań przeprowadzonych *in vitro* na jednojądrzastych komórkach krwi obwodowej (PBMC, *peripheral blood mononuclear cell*) wyizolowanych od chorych zarówno na cukrzycę typu 1, jak i typu 2 wykazały zmniejszone wydzielanie wielu interleukin (IL-1, 2, 6, 10), interferonu gamma (IFN- γ ,) oraz czynnika martwicy nowotworów alfa (TNF- α , *tumor necrosis factor α*) w odpowiedzi na lipopolisacharydy (LPS, *lipopolysaccharides*). Dochodzi również do dysfunkcji neutrofilów, komórek NK, zmniejszonej opsonizacji przez układ dopełniacza oraz rekrutacji leukocytów przez zmniejszenie ekspresji cząsteczek adhezji komórkowej (CAM, *cell adhesion molecule*) [2].

Podwyższony poziom glikemii zaburza eliminowanie patogenów przez makrofagi i leukocyty z uwagi na zaburzone ilości wydzielanych cytokin prozapalnych oraz inne potrzebne substancje niezbędne do przekazywanie informacji oraz aktywację kolejnych komórek efektorowych. Tessaro i wsp. wykazali na modelach mysich, iż podanie insuliny egzogennej powoduje zwiększenie produkcji cytokin, a tym samym efektywną obronę organizmu przed patogenami. Natomiast dobrze kontrolowana cukrzyca nie daje pewności, iż organizm odpowiednio zareaguje na patogen. Wyniki wielu badań niestety wykluczają się- raz wykazują, iż ekspresja receptora toll- podobnego (TLR, *toll-like receptor*) zwiększa się, natomiast inni autorzy podają wyniki odbiegające od pierwszych. Analiza przeprowadzona przez Gupta i wsp. wykazała, iż u chorych z dobrze kontrolowaną glikemią oraz brakiem powikłań ekspresja powyższego receptora była wyższa niż u pacjentów bez kontrolowanej glikemii oraz z powikłaniami cukrzycy [2,3,4].

Zaburzenia immunologiczne występujące w przewlekłej chorobie nerek

Infekcje u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (PChN) są bardzo częstą przyczyną śmierci niezależnie od stadium zaawansowania. Najczęściej pacjenci z PChN poddawani są hemodializie, która wiąże się u tego typu pacjentów z 250-krotnie większym ryzykiem sepsy w porównaniu z populacją ogólną [5].

W trakcie przewlekłej niewydolności nerek dochodzi do hipogammaglobulinemii spowodowanej białkomoczem. Oprócz utraty przeciwciał, utrata białka wraz z objawami mocznicy powodują przewlekłą aktywację oraz supresję immunologiczną, których występowanie jest charakterystyczne dla mocznicy- zespołu objawów ostatniego stadium PChN [1].

W PChN stan prozapalny najczęściej związany jest z adipokinami, ale dysfunkcja układu immunologicznego może również być konsekwencją aktywacji układu dopełniacza. U powyższych pacjentów występuje tak samo jak u cukrzyków niższe stężenie Il-10, natomiast w tym przypadku jest spowodowane to zwiększonym poziomem białka C-reaktywnego [5].

W schyłkowej niewydolności nerek u pacjentów poddającym się hemodializie poprzez kumulujące się toksyczne produkty przemiany materii dochodzi do zaburzenia szlaku B7/CD28. Za pośrednictwem tego szlaku komórka prezentująca antygen jest w stanie przekazać informacje limfocytowi T oraz rozpocząć proces neutralizacji patogenu. Podobne konsekwencje będzie mieć występująca również u tych pacjentów zaburzona ekspresja receptora TLR z uwagi na zmianę cząsteczek kostymulujących. Zaburzenie obu powyższych procesów powoduje, że organizm nie jest w stanie odpowiednio zaprezentować antygenów oraz przekazać sygnału do komórek efektorowych [5].

W procesie rozwoju PChN dochodzi również do zmniejszenia liczby naiwnych limfocytów T, a zwiększenia limfocytów T pamięci. W momencie, gdy dojdzie do prezentacji nowego antygeny, układ odpornościowy nie jest w stanie wyprodukować odpowiedniej liczby limfocytów, zarówno Th1, które poprzez wytwarzanie cytokin prozapalnych aktywują komórki żerne oraz Th2, które produkując Il-2 i Il-4 aktywują limfocyty B do przeobrażenia się w plazmocyty. W wyniku opisanych procesów dochodzi do niewystarczającej odpowiedzi komórkowej oraz humoralnej, a tym samym- predyspozycji pacjentów do infekcji oraz osłabienia odpowiedzi na potencjalne szczepienie [5].

Procesy metaboliczne u chorych z PChN zostają również zaburzone z uwagi na zmniejszoną produkcję erytropoetyny (EPO), która oprócz wpływania na proces erytropoezy ma również działanie immunomodulujące- zwiększa wrażliwość komórek dendrytycznych na antygeny przez zwiększenie ekspresji TLR. Podawanie rekombinowanej EPO z uwagi na toczący się proces zapalny jest nieskuteczne, dlatego pacjentom podaje się preparaty żelaza pozajelitowo. Kompleks wodorotlenku żelaza III oraz sacharozy podawany parenteralnie z uwagi na opisywany powyżej wpływ hiperglikemii na układ odpornościowy będzie zaburzał funkcję leukocytów poprzez zmniejszenie działania cytokin prozapalnych, a w konsekwencji rozrost bakterii w przypadku zakażenia [5].

Bardzo ważne jest, by pacjenci z PChN suplementowali witaminę D₃ m.in. z uwagi na jej właściwości ułatwiające wchłanianie wapnia w przewodzie pokarmowym. Chroni to kości przed nadmiernym działaniem parathormonu (PTH) oraz wpływa na właściwości immunologiczne. Witamina D₃ wspomaga produkcję profilu cytokin produkowanych przez Th2, a w konsekwencji wspomaga produkcję przeciwciał przez plazmocyty. Wapń z kolei

zaangażowany jest w modulację przebiegu procesu apoptozy. Utrzymywanie się podwyższonej aktywności PTH, do której dochodzi w PChN wpływa w dłuższym okresie na zmniejszoną reaktywnością limfocytów, co sprzyja infekcjom [5].

Zaburzenia immunologiczne po splenektomii

Splenektomia, czyli usunięcie śledziony, jest zabiegiem wykonywanym najczęściej po urazach jamy brzusznej oraz w chorobach hematologicznych. W obu przypadkach częstość ta wynosi 25%. Chorobami, w których leczeniu stosuje się usunięcie śledziony są: sferocytoza, talasemie, anemia sierpowatokrwinkowa oraz małopłytkowość immunologiczna [6].

U pacjentów po splenektomii obserwuje się zwiększenie ryzyka zakrzepowozatorowego i skłonności do infekcji. Stężenia składowych dopełniacza C3 oraz C4 nie ulegają zmianom, natomiast dochodzi do zmniejszenia produkcji immunoglobulin, następuje upośledzenie filtracji chłonki zawierającej antygeny. Dochodzi do likwidacji makrofagów śledziony z układu chłonnego [6].

Widocznymi skutkami występującymi po zabiegu są reaktywna trombocytoza oraz leukocytoza. Pierwsza z nich zazwyczaj ustępuje w przeciągu roku, natomiast leukocytoza zazwyczaj utrzymuje się latami po zabiegu oraz jest spowodowana podwyższoną liczbą neutrofilii [6].

Pacjenci po splenektomii najbardziej narażeni są na infekcje bakteriami otoczkowymi jakimi są *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* oraz *Neisseria meningitidis*. U chorych występuje również zwiększone ryzyko zakażeń o etiologii *Staphylococcus aureus*, oraz pasożytami wewnątrzkrwinkowymi np.z rodzaju *Babesia*. W profilaktyce infekcji u tej grupy chorych należy również pamiętać o osłabionej odpowiedzi na szczepienia zawierające antygeny otoczkowe [6]. Duńskie obserwacje wykazały, iż najbardziej rozpowszechnioną bakterią po splenektomii jest *E.coli* [9]. Do mniej częstych etiologii infekcyjnych należą: *Bartonella* spp. oraz *Pseudomonas aeruginosa* [6].

Śledziona jest miejscem neutralizacji erytrocytów. W przypadku splenektomii dochodzi więc do zmian jakościowych oraz ilościowych linii erytrocytarnej, która powoduje również zmiany w linii leukocytarnej. Obserwacja przeprowadzona przez Wernickiego i wsp. wykazała, że zarówno u pacjentów po splenektomii, jak i chorych poddanych embolizacji tętnicy śledzionowej, nie zauważono zwiększenia liczny krwinek czerwonych (RBC, *red blond cells*), natomiast rozpiętość rozkładu objętości erytrocytów (RDW, *red blond cell distribution width*) była znacznie większa po splenektomii. Natomiast średnia objętość krwinek (MCV, *mean corpuscular volume*) była największa w obserwacji pacjentów po urazie śledziony [7].

W badaniach Simsek'a, w których analizowano wpływ splenektomii niezależnie od przyczyny zaobserwowano jednak wzrost stężenia hemoglobiny, hematokrytu oraz płytek krwi. Stwierdzono dodatkowo wzrost liczny limfocytów, monocytów i eozynofili [8]. Nie obserwuje się zmiany liczby limfocytów B, natomiast w okresie około 5 miesięcy dochodzi do zmniejszenia stosunku poszczególnych limfocytów B ze spadkiem limfocytów pamięci [6].

Głównym powikłaniem po splenektomii jest zespół posocznicy po splenektomii (OPSI, *overwhelming post-splenectomy infection*). Przyczyną zwiększonej skłonności do powyższego zespołu może być zniesienie przeciwwzpalnego szlaku cholinergicznego, który był utrzymywany przez śledzionę. Częstość występowania OPSI wynosi 0,2 do 0,5%, natomiast śmiertelność wynosi 50%. Uznaje się, że największe ryzyko infekcji i w konsekwencji OPSI występuje w pierwszych trzech latach, natomiast przypadki nagłej infekcji występują nawet po 20 latach od operacji. Najbardziej narażone są dzieci poniżej 5 roku życia oraz osoby z wywiadem onkologicznym, u których splenektomia była elementem leczenia. Do powyższej grupy należą również osoby po splenektomii urazowej oraz z niedoborami odporności. OPSI manifestuje się na początku uogólnionymi grypopodobnymi objawami prodromalnymi, a po 24 do 48 godzinach dochodzi do rozwoju wstrząsu septycznego [6].

Zaburzenia immunologiczne w chorobach hematologicznych

Objawy hematologiczne występują zarówno w pierwotnych, jak i wtórnych niedoborach odporności, te drugie dotyczą zarówno wrodzonych i nabytych mechanizmów obronnych. Zakres występujących objawów jest niejednorodny, a manifestacją wtórnych niedoborów odporności są częstsze infekcje, infekcje oportunistyczne oraz nietypowe powikłania infekcyjne [10].

Najczęściej występującymi hematologicznymi zaburzeniami ogólnoustrojowymi, podczas których dochodzi do zaburzeń odporności są przewlekła białaczka limfocytowa (CLL, *chronic lymphocytic leukemia*) oraz szpiczak mnogi (MM, *myeloma multiplex*), w przebiegu których dominuje hipogammaglobulinemia [10, 11].

U 85% pacjentów z CLL, u których stwierdzono hipogammaglobulinemię obserwuje się większą częstość zapadalność na infekcje, które dodatkowo korelują ze zgonami nawet u 50% chorych. Infekcje w dużej mierze lokalizują się w płucach, natomiast obserwuje się również zakażenia skóry oraz układu pokarmowego. Dodatkowymi czynnikami sprzyjającymi zmniejszonej liczbie przeciwciał jest wiek, choroby współistniejące, czas trwania pierwotnej choroby oraz stadium zaawansowania [11, 12].

Hipogammaglobulinemia spowodowana nieprawidłowym wytwarzaniem poliklonalnych immunoglobulin w przebiegu CLL jest skutkiem kilku molekularnych procesów.

Komórki CD5-B (komórki B1a) charakteryzują się produkcją przeciwciał przeciwko zewnątrzpochoďnym antygenom, znajdujĄ się głównie na błonach śluzowych oskrzeli czy jamy nosowo-gardłowej. W przebiegu CLL dochodzi do zaburzenia ich prawidłowej aktywności w związku z tym organizm jest bardziej skłony do zainfekowania przez drobnoustroje chorobotwórcze [12].

Dochodzi również do redukcji ligandu CD40 (CD40L/ CD154) znajdujĄcego się na aktywowanych limfocytach T. Interakcja pomiędy tymi ligandami jest bardzo waźna w przebiegu odpowiedzi humoralnej. Wspomniane limfocyty T produkujĄ cytokiny oraz czynniki stymulujĄce kolonie granulocytów, a te z kolei wpywajĄ na różnicowanie się limfocytów B w plazmocyty. W konsekwencji dochodzi do wytwarzania poliklonalnych przeciwciał [12].

We wtórnym niedoborze odporności ma miejsce również do supresja plazmocytów CD95+. Dochodzi do zmniejszonej aktywacji poszczególnych enzymów proteolitycznych, a w konsekwencji do braku apoptozy zainfekowanej komórki oraz rozwoju zakaźenia [12].

Skutki powyższych trzech mechanizmów sĄ zaleźne od stanu pacjenta, na który wpyw ma wiek, choroby współistniejĄce oraz stadium zaawansowania CLL. Starsi pacjenci charakteryzujĄ się mniej reaktywnym układem odpornościowym oraz zmniejszonĄ liczbĄ przeciwciał odpornościowych. Jednakże w obserwacji chorych w zaawansowanym wieku zmagajĄcych się z CLL można twierdzić, iż hipogammaglobulinemia nie jest zwiĄzana wyłĄcznie z wiekiem pacjentów [12].

Parry i wsp. zaobserwowali, iż u 79% pacjentów chorujĄcych na CLL z prawidłowym stężeniem IgG obserwuje się zmniejszone miano swoistych przeciwciał przeciwko pneumokokom. Dowodzi to, że ocena jedynie IgG nie jest wystarczajĄca do wskazania pacjentów skłonych do infekcji [13].

Komórki nowotworowe CLL bezpośrednio wpywajĄ na odporność komórkowĄ. WchodzĄ one w interakcję z ligandem CD200. Po kontakcie ze swoistym receptorem odpowiedzialne sĄ za różnicowanie, stymulację oraz wzrost limfocytów T. Nieprawidłowa interakcja komórka CLL- CD200 skutkuje zaburzonym procesem powstawania limfocytów oraz produkcji Il-2. Najbardziej wyrażonĄ modyfikację funkcji pomocniczej limfocytów T poprzez zmniejszenie liczby wytwarzanych cytokin zaobserwowano w początkowej fazie choroby, natomiast jest to wspólny etap wielu chorób limfoproliferacyjnych. Dodatkowym

defektem powstających w przebiegu CLL limfocytów jest nieprawidłowe tworzenie synaps z komórkami prezentującymi antygeny (APC, *antigen-presenting cell*) [12].

Powtarzające się infekcje bakteryjne mogą być również wynikiem niedoboru składowych układu dopełniacza, a konkretnie składowej C3b. Fust i wsp. u 50% chorych na CLL zaobserwowali również niedobory składowych C1 oraz C4 [14].

W przebiegu CLL obserwuje się również zmiany aktywności enzymów trawiennych fagocytów, których normalizację wykazuje się w remisji oraz zwiększoną ilość komórek NK u pacjentów z początkowym lepszym rokowaniem, natomiast lepsze zdolności cytolityczne zauważalne są u pacjentów z monoklonalną limfocytozą B [12].

MM jest nowotworem komórek plazmatycznych odpowiedzialnych za produkcję przeciwciał w związku z czym jest to choroba powodująca istotny niedobór odporności. W trakcie choroby około 30% pacjentów umiera przedwcześnie z uwagi na ciężką infekcję bakteryjną, której ryzyko jest największe w ciągu pierwszych trzech miesięcy od ustalenia diagnozy. Patel i wsp. podają, iż infekcja była powodem zgonów 45% pacjentów w ciągu 6 miesięcy od diagnozy. Najczęściej zajmowane są płuca oraz układ moczowo- płciowy, których główną etiologią jest *E. coli*. Jednakże obserwuje się również infekcje spowodowane przez *Clostridium difficile*, *Staphylococcus aureus*, zakażenia grzybicze oraz wirusowe jak na przykład wirus ospy wietrznej i półpaśca (VZV, *Varicella zoster virus*) [11,12].

Wtórny niedobór odporności w przebiegu MM może rozwinąć się za pośrednictwem kilku dróg. W przebiegu MM dochodzi do produkcji białka monoklonalnego (białka M), tzn. paraproteiny oraz do zahamowania poliklonalnych limfocytów B. Konsekwencją powyższych procesów jest zmniejszenie liczby poliklonalnych immunoglobulin (hipogammaglobulinemia), które odpowiadają m.in. za eliminację różnych antygenów [12].

Gdy komórki nowotworowe MM zajmą szpik kostny, dochodzi do zaburzenia homeostazy szlaków czerwono- i białokrwinkowych. Wpływ na ten drugi będzie miał odzwierciedlenie w zmniejszonej produkcji limfocytów. Wyniki badań na zwierzętach wskazują, iż dojrzałe komórki plazmatyczne (CD138+/CD138hi) są źródłem Il-10 odpowiedzialnej za migrację neutrofilii do miejsca zakażenia. Komórki MM zdolne są również do wytwarzania powyższej interleukiny, a w konsekwencji do hamowania migracji neutrofilii, głównych składowych układu odpornościowego niezbędnych do eliminacji bakterii Gram-dodatnich [12].

Zajęcie szpiku kostnego przez komórki MM wiąże się ze zmniejszoną liczbą limfocytów T cytotoksycznych, niewielką ilością limfocytów Th17 oraz większą liczbą limfocytów Treg, które odpowiedzialne są za hamowanie reakcji immunologicznych. Podczas

rozwoju choroby w szpiku kostnym dochodzi do modyfikacji punktów kontrolnych dla produkcji limfocytów cytotoksycznych oraz interleukiny 6 (IL-6), transformującego czynnika wzrostu- β (TGF- β , *transforming growth factor β*) oraz prostaglandyny E₂ (PGE₂). Częsteczka występująca na powierzchni komórek nowotworowych B7-H1 posiada swoiste działanie immunosupresyjne. Łącząc się z receptorem PD-L1 na limfocytach T powoduje ich inaktywację oraz możliwość dalej ekspansji komórek nowotworowych [12].

PODSUMOWANIE

Wtórne niedobory odporności są problemem bardzo niedocenianym, choć występują o wiele częściej niż pierwotne zaburzenia układu immunologicznego. Znajomość mechanizmów odpowiedzialnych za ich powstanie oraz objawów, którymi mogą się manifestować, są kluczowe w objęciu chorych jak najlepszą opieką medyczną. Wiedza ta pozwala na poprawę w zakresie diagnostyki oraz leczenia wielu chorób, a także wpływa na wydłużenie życia chorych przy równoczesnej poprawie ich jakości życia

PIŚMIENNICTWO

1. Tuano KS, Seth N, Chinen J.: Secondary immunodeficiencies: An overview. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2021; 127(6): 617-626.
2. Berbudi A, Rahmadika N, Tjahjadi AI, Ruslami R.: Type 2 Diabetes and its Impact on the Immune System. *Curr Diabetes Rev.* 2020; 16(5): 442-449.
3. Tessaro F.H.G., Ayala T.S., Nolasco E.L., Bella L.M., Martins J.O.: Insulin influences LPS-Induced TNF- α and IL-6 release through distinct pathways In Mouse macrophages from different compartments. *Cell. Physiol. Biochem.* 2017; 42(5): 2093–2104.
4. Gupta S., Maratha A., Siednienko J., Natarajan A., Gajanayake T., Hoashi S., Miggin S.: Analysis of inflammatory cytokine and TLR expression levels in Type 2 Diabetes with complications. *Sci. Rep.* 2017; 7(1): 7633.
5. Syed-Ahmed M, Narayanan M.: Immune Dysfunction and Risk of Infection In Chronic Kidney Disease. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2019; 26(1): 8-15.
6. Tahir F, Ahmed J, Malik F.: Post-splenectomy Sepsis: A Review of the Literature. *Cureus.* 2020; 12(2): e6898
7. Wernick B, Cipriano A, Odom SR. Et al.: Temporal changes In hematologic markers after splenectomy, splenic embolization, and observation for trauma. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2017; 43(3): 399-409.

8. Simsek A.: Distribution of peripheral blood cells after splenectomy In immune thrombocytopenia patients. *Cir Cir.* 2022; 90(2): 157-164.
9. Brigden ML.: Overwhelming postsplenectomy infection still a problem. *West J Med.* 1992; 157(4): 440-3.
10. Sánchez-Ramón S, Bermúdez A, González-Granado LI. at al.: ID-Signal Onco-Haematology Group. Primary and Secondary Immunodeficiency Diseases In Oncohaematology: Warning Signs, Diagnosis, and Management. *Front Immunol.* 2019; 26(10): 586.
11. Patel SY, Carbone J, Jolles S.: The Expanding Field of Secondary Antibody Deficiency: Causes, Diagnosis, and Management. *Front Immunol.* 2019; 8(10): 33.
12. Allegra A, Tonacci A, Musolino C, Pioggia G, Gangemi S.: Secondary Immunodeficiency In Hematological Malignancies: Focus on Multiple Myeloma and Chronic Lymphocytic Leukemia. *Front Immunol.* 2021; 25(12): 738915.
13. Parry HM, Birtwistle J, Whitelegg A. et al.: Poor functional antibody responses are present In nearly All patients with chronic lymphocytic leukaemia, irrespective of Total IgG concentration, and are associated with increased risk of infection. *Br J Haematol.* 2015; 171(5): 887-90.
14. Füst G, Czink E, Minh D, Miszlay Z, Varga L, Hollán SR.: Depressed classical komplement pathway activities In chronic lymphocytic leukaemia. *Clin Exp Immunol.* 1985; 60(3): 489-95.

Prawa pacjenta i ich respektowanie w opinii pacjentów

Jolanta Jędrzejewska¹, Edyta Kędra²

1. Absolwentka Studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Instytut Medyczny PANS w Głogowie
2. Instytut Medyczny PANS w Głogowie

WSTĘP

O prawach pacjenta wiele się mówi i pisze w sytuacji, kiedy są one naruszane. Sam termin „prawa pacjenta” nie posiada jednak swojej legalnej definicji, co oznacza, że nie został wprost zdefiniowany w przepisach prawa. Rozumie się je jako szeroko pojęte prawa człowieka, który jest pacjentem, a prawa pacjenta mają w stosunku do praw człowieka charakter komplementarny [1]. Według Reka i Hajdukiewicza [2] termin ten można określić mianem zbioru przepisów (prawideł, norm) prawnych określających uprawnienia i roszczenia pacjenta, czyli to czego może on oczekiwać w zakresie ochrony zdrowia od organów władzy publicznej, Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), wszystkich tych podmiotów, które udzielają świadczeń zdrowotnych, a także osób, które wykonują zawody medyczne, prowadzą praktyki zawodowe i uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ponadto prawa pacjenta jednocześnie określają obowiązki, jakie mają władze publiczne, podmioty, instytucje i osoby względem pacjenta przyjmującego świadczenia zdrowotne [3]. Zdaniem D. Karkowskiej [4] prawa pacjenta są prawami natury osobistej przysługujące pacjentom w ramach opieki zdrowotnej i ich relacji z podmiotami oraz osobami zobowiązanymi do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Zdaniem tej autorki w zakresie praw pacjenta istnieje systematyczne rozłożenie uprawnień i obowiązków, co oznacza, że obowiązkowi po jednej stronie relacji odpowiada uprawnienie po drugiej i odwrotnie. Prawa pacjenta odnoszą się do stosunku społecznego uregulowanego przez normy prawne z obszaru norm prawa publicznego oraz prywatnego, których nie da się rozgraniczyć. Prawa te szczególnie dotyczą wyrażania świadomych zgód, otrzymania informacji, dokumentacji medycznej, prywatności, intymności, godności i zachowania tajemnicy medycznej, wyznaczają ramy ochrony prawnej pacjenta [1].

Prawa pacjenta, a zwłaszcza ich respektowanie, należy również rozpatrywać w kontekście jakości opieki zdrowotnej oraz realizowanych w jej ramach świadczeń. Są one również związane z aspektem humanizacji medycyny, która opiera się na takich filarach, jak: zachowanie godności, poszanowanie praw i uwarunkowań kulturowych pacjenta, właściwa komunikacja z chorym.

CEL PRACY

Celem badania była ocena stopnia zainteresowania badanych pacjentów prawami pacjenta oraz ich respektowania przez personel wybranego podmiotu leczniczego.

MATERIAŁ I METODY

Materiał do badań pozyskano w okresie od kwietnia do lipca 2022 r. wśród pacjentów jednego z podmiotów leczniczych działających na terenie województwa legnickiego. Rozpoczęcie badań zostało poprzedzone uzyskaniem zgody Komisji Bioetycznej na projekt badawczy (Nr 5/2022) oraz Dyrektora podmiotu leczniczego, w którym prowadzono badania. W badaniu wzięło udział 115 osób, w tym 74 kobiety (64,35%) oraz 41 mężczyzn (35,65%). Badani respondenci to głównie osoby w wieku powyżej 46 lat (n=75; 65,22%), z wykształceniem średnim (n=57; 49,56%), mieszkańcy miast do 100 tys. mieszkańców (n=64; 55,65%), aktywne zawodowo (n=61; 53,04%). Pełna charakterystyka badanych została przedstawiona w Tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych

Cecha	N	% grupy badanej
Płeć:		
Kobieta	74	64,35%
Mężczyzna	41	35,65%
Wiek:		
do 35	21	18,26%
35-45	19	16,52%
46-60	37	32,17%
od 60	38	33,05%
Wykształcenie:		
Podstawowe	3	2,61%
Zawodowe	28	24,35%
Średnie	57	49,56%
Wyższe	27	23,48%
Aktywność zawodowa:		
Pracujący	61	53,04%
Bezrobotny	6	5,22%
Emeryt/rencista	48	41,74%
Miejsce zamieszkania:		
Wieś	42	36,52%
Miasto do 100 tys. mieszkańców	64	55,65%
Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	9	7,83%

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Wyniki badań zaprezentowane zostały w formie opisowej i graficznej wraz z danymi ilościowymi („n” i „%”), z uwzględnieniem zmiennej, jaką jest płeć badanych.

WYNIKI

Ankietowani w pierwszej kolejności zostali poproszeni o dokonanie samooceny swojej wiedzy na temat praw pacjenta w skali 0-5 pkt., gdzie 0 oznaczało „nie znam w ogóle”, a 5 pkt. – „znam bardzo dobrze” (Tabela 2). 32,43% (n=24) kobiet i 29,27% (n=12) mężczyzn oceniło znajomość praw pacjenta na 3 pkt. w zastosowanej skali. Kobiety oceniły swoją wiedzę wyżej niż mężczyźni - 54,06% (n=40) wszystkich kobiet biorących udział w badaniu oceniło swoją wiedzę jako dobrą lub bardzo dobrą (wskazując na 4 i 5 pkt), podczas gdy w ten sam sposób (na 4 i 5 pkt) oceniło swoją wiedzę zaledwie 26,83% (n=11) wszystkich mężczyzn. Również kobiety (n=61; 82,43%) częściej interesowały się prawami pacjenta i ich respektowaniem, niż mężczyźni (n=26; 63,41%). Choć wśród badanych były też osoby nie zainteresowane tymi zagadnieniami (n=13; 17,57% - kobiet, n=15; 36,59% - mężczyzn). 64,86% (n=48) kobiet i 43,90% (n=18) mężczyzn potwierdziło, że podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych w szpitalu zauważyło informację o prawach pacjenta i że była ona zamieszczona w widocznym miejscu. Wśród osób, które reprezentowały przeciwne zdanie było 8,11% (n=6) kobiet i 12,20% (n=5) mężczyzn 36,18% (n=55) kobiet i 19,73% (n=30) mężczyzn czerpało informacje na temat praw pacjenta od personelu pielęgniarskiego i lekarskiego. Mimo, iż jak się okazuje pacjenci mogą pozyskiwać wiedzę także od lekarzy, innego personelu szpitala, z Internetu, mediów, od znajomych czy rodziny, to personel pielęgniarski był wskazywany przez badanych najczęściej (n=69; 45,39%).

W opinii 20,86% (n=34) kobiet i 9,82% (n=16) mężczyzn stroną, do której można złożyć skargę w związku z nieprzestrzeganiem praw pacjenta jest Rzecznik Praw Pacjenta. Co trzeci badany (29,45%; n=48) ogółu ankietowanych (w tym 19,63% (n=32) kobiet i 9,82% (n=16) mężczyzn uważało, że sprawy tego typu zgłaszać można do personelu pielęgniarskiego, a 17,79% badanych (n=29) ogółu badanych (w tym 12,88% (n=21) kobiet i 4,91% (n=8) mężczyzn) było zdania, że sprawy skarg załatwia ordynator szpitala i do niego należy je kierować (Tabela 3).

Tabela 2. Samoocena wiedzy nt. praw pacjenta i zainteresowanie nimi

cecha	kobiety		mężczyźni	
	n	%	n	%
Samoocena wiedzy nt. praw pacjenta				
0	2	2,70%	3	7,32%
1	4	5,41%	9	21,95%
2	4	5,41%	6	14,63%
3	24	32,43%	12	29,27%
4	21	28,38%	7	17,07%
5	19	25,68%	4	9,76%
Zainteresowanie prawami pacjenta i ich respektowaniem				
tak	61	82,43%	26	63,41%
nie	13	17,57%	15	36,59%
Zauważalność informacji o prawach pacjenta				
tak, zauważyłem(am), ale nie były one umieszczone w widocznym miejscu	13	17,57%	6	14,63%
tak, zauważyłem(am) i były one umieszczone w widocznym miejscu	48	64,86%	18	43,90%
tak, zauważyłem(am), ale nie były one czytelne (za mała czcionka)	3	4,05%	1	2,44%
nie, nie zauważyłem(am), choć znajdują się one w widocznym miejscu	5	6,76%	5	12,20%
nie, nie zauważyłem(am), bo znajdują się one w niewidocznym miejscu	1	1,35%	0	0,00%
nie interesuję się tym tematem	4	5,41%	11	26,83%

Tabela 3. Źródła informacji nt. praw pacjenta oraz strony do złożenia skargi

	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Źródła pozyskiwania przez badanych informacji na temat praw pacjenta*						
od personelu lekarskiego	16	10,52%	6	3,94%	10	6,58%
od personelu pielęgniarskiego	69	45,39%	24	15,79%	45	29,60%
od innego personelu zatrudnionego w tym oddziale	4	2,63%	2	1,32%	2	1,31%
z Internetu	28	18,42%	4	2,63%	24	15,79%
z mediów (radio, telewizja)	14	9,21%	7	4,61%	7	4,60%
od znajomych	6	3,95%	2	1,32%	4	2,63%
nie interesuję się tym tematem	1	0,66%	1	0,66%	0	0,00%
autonauka	2	1,32%	2	1,32%	0	0,00%
od rodziny	4	2,63%	4	2,63%	0	0,00%
z broszury informacyjnej, ulotki	6	3,95%	4	2,63%	2	1,32%
z ankiety prawa i obowiązki pacjenta	1	0,66%	0	0,00%	1	0,66%
z informacji wywieszonych w salach pacjenta	1	0,66%	0	0,00%	1	0,66%
Strony, do których można złożyć skargę na nieprzestrzeganie praw pacjenta*						
do ordynatora oddziału	29	17,79%	8	4,91%	21	12,88%
do lekarza prowadzącego	9	5,52%	2	1,23%	7	4,29%
do pielęgniarki oddziałowej	33	20,25%	13	7,98%	20	12,27%
do każdej pielęgniarki	15	9,20%	3	1,84%	12	7,36%
do Dyrektora Szpitala	22	13,50%	2	1,23%	20	12,27%
do Rzecznika Praw Pacjenta	50	30,67%	16	9,82%	34	20,86%
do Sądu	5	3,07%	1	0,61%	4	2,45%

* pytanie wielokrotnego wyboru

Kolejna grupa pytań zadana badanym miała pozwolić na dokonanie oceny przestrzegania tych praw w podmiocie, w którym badani pacjenci się znajdowali. 85,22% (n=98) ogółu badanych pacjentów, w tym 79,73% (n=59) kobiet i 95,12% (n=39) mężczyzn potwierdziło, że kiedy byli przyjmowani w oddział poinformowano ich o prawach pacjenta.

Najczęściej osobą informującą o prawach pacjenta, w momencie przyjmowania w oddział był jego ordynator – tak odpowiedziało 32,42% (n=59) wszystkich ankietowanych, a w grupie tej były same kobiety (Tabela 4).

Tabela 4. Informowanie i osoby informujące o prawach pacjenta przy przyjęciu w oddział

	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Informowanie o prawach pacjenta przy przyjęciu w oddział						
tak	98	85,22%	39	95,12%	59	79,73%
nie	6	5,22%	1	2,44%	5	6,76%
nie pamiętam	11	9,56%	1	2,44%	10	13,51%
Osoby informujące o prawach pacjenta przy przyjmowaniu w oddział*						
ordynator oddziału	59	32,42%	0	0,00%	59	32,42%
lekarza prowadzący	10	5,49%	5	2,75%	5	2,75%
pielęgniarka oddziałowa	22	12,09%	12	6,59%	10	5,49%
pielęgniarka pracująca w tym oddziale	24	13,19%	24	13,19%	0	0,00%
od Dyrektora Szpitala	3	1,65%	0	0,00%	3	1,65%
dowadywałem(łam) się o nich od współpacjentów	3	1,65%	1	0,55%	2	1,10%
sam(a) szukałem(łam) o nich informacji na oddziale	12	6,59%	0	0,00%	12	6,59%
inne (jakie): z broszur praw pacjenta	48	26,37%	0	0,00%	48	26,37%
inne (jakie): nie interesował mnie ten temat	1	0,55%	1	0,55%	0	0,00%

* pytanie wielokrotnego wyboru

W Tabeli 5 zestawiono odpowiedzi badanych na pytania dotyczące realizacji w stosunku do nich poszczególnych praw pacjenta podczas ich pobytu w szpitalu.

Tabela 1. Realizacja poszczególnych praw pacjenta w opinii badanych

	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Sprawność przyjęcia w oddział szpitalny						
tak	49	42,61%	31	75,61%	18	24,32%
chyba tak	40	34,78%	8	19,51%	32	43,24%
nie	5	4,35%	1	2,44%	4	5,41%
nie wiem	21	18,26%	1	2,44%	20	27,03%
Przekazanie niezbędnych informacji						
tak	81	70,43%	24	58,54%	57	77,03%
chyba tak	28	24,35%	12	29,26%	16	21,62%
nie	1	0,87%	0	0,00%	1	1,35%
nie wiem	5	4,35%	5	12,20%	0	0,00%
Przekazanie w sposób zrozumiały informacji dotyczących stanu zdrowia						
tak	91	79,13%	32	78,05%	59	79,73%
chyba tak	19	16,52%	8	19,51%	11	14,87%
nie	4	3,48%	1	2,44%	3	4,05%
nie wiem	1	0,87%	0	0,00%	1	1,35%
Możliwość pozostawienia rzeczy w depozycie						
tak	86	74,78%	33	80,48%	53	71,62%
chyba tak	12	10,43%	4	9,76%	8	10,81%
nie	7	6,09%	2	4,88%	5	6,76%
nie wiem	10	8,70%	2	4,88%	8	10,81%
Udostępnienie dokumentacji medycznej						
tak	69	60,00%	26	63,41%	43	58,11%
chyba tak	16	13,92%	5	12,20%	11	14,86%
nie	15	13,04%	3	7,32%	12	16,22%
nie wiem	15	13,04%	7	17,07%	8	10,81%
Poszanowania prawa do godności i intymności podczas pobytu w oddziale						
tak	96	83,48%	36	87,80%	60	81,08%
chyba tak	19	16,52%	5	12,20%	14	18,92%
nie	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
nie wiem	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Poczucia bezpieczeństwa podczas pobytu w oddziale						
tak	100	86,96%	36	87,80%	64	86,49%
chyba tak	13	11,30%	5	12,20%	8	10,81%
nie	1	0,87%	0	0,00%	1	1,35%
nie wiem	1	0,87%	0	0,00%	1	1,35%
Zainteresowania stanem zdrowia pacjenta ze strony personelu						
tak	100	86,96%	34	82,93%	66	89,19%
chyba tak	14	12,17%	6	14,63%	8	10,81%
nie	1	0,87%	1	2,44%	0	0,00%
nie wiem	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Wykonania na rzecz pacjenta niezbędnych świadczeń medycznych						

Prawa pacjenta i ich respektowanie w opinii pacjentów

tak	91	79,13%	32	78,05%	59	79,73%
chyba tak	22	19,13%	9	21,95%	13	17,57%
nie	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
nie wiem	2	1,74%	0	0,00%	2	2,70%
Zrozumienie przekazanych informacji dotyczących przebiegu badania/zabiegu						
tak	95	82,61%	37	90,24%	58	78,38%
chyba tak	15	13,04%	4	9,76%	11	14,86%
nie	4	3,48%	0	0,00%	4	5,41%
nie wiem	1	0,87%	0	0,00%	1	1,35%
Brania pod uwagę zgody pacjenta na zabieg /badanie						
tak	106	92,17%	37	90,24%	69	93,24%
chyba tak	9	7,83%	4	9,76%	5	6,76%
nie	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
nie wiem	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Prawdziwość postawionej diagnozy medycznej						
tak	84	73,04%	32	78,05%	52	70,27%
chyba tak	25	21,74%	8	19,51%	17	22,97%
nie	1	0,87%	0	0,00%	1	1,35%
nie wiem	5	4,35%	1	2,44%	4	5,41%
Prawidłowość wykonanych usług medycznych						
tak	86	74,78%	31	75,61%	55	74,33%
chyba tak	23	20,00%	9	21,95%	14	18,92%
nie	2	1,74%	0	0,00%	2	2,70%
nie wiem	4	3,48%	1	2,44%	3	4,05%
Zagwarantowanie dostępu do opieki duszpasterskiej						
tak	91	79,13%	34	82,92%	57	77,03%
chyba tak	8	6,96%	5	12,20%	3	4,05%
nie	4	3,48%	0	0,00%	4	5,41%
nie wiem	12	10,43%	2	4,88%	10	13,51%
Zapewnienie kontaktu z rodziną lub osobami bliskimi						
tak	86	74,78%	34	82,92%	52	70,27%
chyba tak	7	6,09%	3	7,32%	4	5,41%
nie	18	15,65%	2	4,88%	16	21,62%
nie wiem	4	3,48%	2	4,88%	2	2,70%
Ocena zadowolenia badanych z ich pobytu w tym szpitalu						
tak	92	80,00%	36	87,80%	56	75,67%
chyba tak	17	14,78%	5	12,20%	12	16,22%
nie	2	1,74%	0	0,00%	2	2,70%
nie wiem	4	3,48%	0	0,00%	4	5,41%
Polecenie szpitala innej osobie						
tak	95	82,61%	36	87,80%	59	79,73%
chyba tak	15	13,04%	4	9,76%	11	14,86%
nie	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
nie wiem	5	4,35%	1	2,44%	4	5,41%

Analizując otrzymane odpowiedzi można stwierdzić, że w opinii badanych są respektowane wszystkie prawa pacjenta, choć są aspekty, które były ocenione nisko, jak np. sprawność przyjęcia w oddział szpitalny (n=89; 77,39%) czy udostępnianie dokumentacji medycznej (n=85; 73,92%). Bardzo wysoko natomiast oceniano poszanowanie prawa do godności i intymności podczas pobytu w oddziale (n=15; 100%), branie pod uwagę zgody pacjenta na zabieg /badanie (n=15; 100%), zainteresowanie stanem zdrowia pacjenta ze strony personelu (n=114; 99,13%), poczucia bezpieczeństwa podczas pobytu w oddziale (n=113; 98,26%) czy wykonanie na rzecz pacjenta niezbędnych świadczeń medycznych (n= n=113; 98,26%). 94,78% (n=109) badanych wyraziło swoje zadowolenie z pobytu w tym szpitalu, a 95,65% (n=110) poleciłoby ten szpital innej osobie.

DYSKUSJA

Znajomość praw pacjenta wśród pacjentów jest bardzo istotnym elementem dzisiejszej opieki medycznej. Pacjent świadomy swoich przywilejów to pacjent współpracujący i chętnie włączający się w proces leczenia. Niestety wiedzę współczesnych pacjentów w tym temacie można określić jako słabą, co potwierdzają zaprezentowane wyniki badań własnych. Poziom wiedzy badanych osób na temat praw pacjenta został w tym badaniu określony jako słaby - co trzeci badany ocenił poziom wiedzy na 3 pkt. w skali pięciopunktowej. Tylko co piąty badany (20% ogółu badanych pacjentów) ocenił swoją wiedzę na 5 pkt. w skali pięciopunktowej. To, że nie wszyscy pacjenci mają wysoki poziom wiedzy w analizowanym temacie potwierdzają także badania prowadzone m.in. na zlecenie Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej za pomocą sondażu Capibus na grupie łącznie 1004 osób. Jak wynika z niego zaledwie ok. 56% osób potwierdziło, że ma jedynie ogólną świadomość istnienia uprawnień pacjentów szpitali. Natomiast ok. 44% badanych wskazało, że nie zna swoich praw i nie jest w stanie ich wymienić [5]. Podobnie badania Gocel i wsp. [6] wykazały, że blisko połowa badanych (ok. 43%) oceniła poziom swojej wiedzy na temat praw pacjenta jako dostateczny, a ok. 17% jako niedostateczny. Tylko co trzeci badany (ok. 33%) wskazał, że jego stan wiedzy jest dobry, a jedynie ok. 7% pacjentów stwierdziło, że ich stan wiedzy jest na bardzo dobry poziomie [6]. Badania Atras i wsp. [7] również potwierdziły, że poziom wiedzy pacjentów o swoich prawach został oceniony przez większość badanych jako „bardzo niski”. Z innych badań – tym razem autorstwa Obryckiej [8] wynika natomiast, że 30% badanych oceniło swoją znajomość praw pacjenta słabo, a kolejne 12% źle lub bardzo źle, jednocześnie tylko 46% oceniło swoją wiedzę dobrze, a zaledwie 11% bardzo dobrze. Nieco więcej optymizmu wnoszą badania Kozyry i wsp. [9], których wyniki pokazują, że zdecydowana

większość ankietowanych stanowiąca (68%) zadeklarowała znajomość praw pacjenta, a jedynie 32% wskazało, że tych praw nie zna. Mając na uwadze powyższe wyniki można sądzić, że wciąż zbyt duża część pacjentów w Polsce nie posiada dostatecznej wiedzy na temat przysługujących im praw.

Nie wszyscy pacjenci są zainteresowani swoimi prawami. W badaniu własnym stosunek zainteresowanych do niezainteresowanych wynosił ok. 76% do ok. 24%, a dokładniej 75,65% ogółu pacjentów potwierdziło, że interesowało się aspektami praw pacjenta i ich respektowaniem przez personel medyczny, a tylko 24,35% wskazało brak takiego zainteresowania. Badania wspomnianego już Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej [5] również wykazały, że stosunkowo duża grupa osób badanych (77%) zainteresowana była pogłębianiem swojej wiedzy na temat praw pacjenta, podczas gdy reszta odpowiadała, że „niekoniecznie się tym interesuje”. Także wyniki badań Gocel i wsp. donoszą, że 50% badanych osób „interesuje się prawami pacjenta i zagadnieniami z nimi związanymi, a także pogłębianiem swojej wiedzy z tego zakresu” [6].

Badania własne i innych autorów dowodzą, że trzema podstawowymi źródłami wiedzy na temat praw pacjenta są media, personel medyczny oraz rodzina. Badanie własne potwierdziło, że aż 73,91% ogółu badanych pacjentów czerpało informacje na temat praw pacjenta od personelu pielęgniarskiego i lekarskiego, a kolejne 36,52% z mediów (radio, telewizja, Internet). Z kolei badania O. Kozyry i wsp. [9] dowiodły, że najpopularniejszym źródłem praw pacjenta wciąż pozostają media, tj. radio, Internet, telewizja, prasa - 21,52% badanych, rodzina - 8,21% ogółu badanych, a także personel medyczny - 15% ankietowanych. W badaniach prowadzonych na zlecenie Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej wykazano, że wiedza ta pochodzi od personelu medycznego - od lekarzy (37%) i od pielęgniarek (9%), osób z otoczenia znajomych i rodziny (38%), z Internetu i mediów oraz z czasopism (42%) [5]. Natomiast z badań Gocel wynika, że personel medyczny wcale nie stanowi kluczowego źródła wiedzy z zakresu praw pacjenta. Badania wyżej wymienionej autorki dowiodły, że aż 29% pacjentów czerpie wiedzę z Internetu, z Polskiej lub Europejskiej Karty Praw Pacjenta (23%), z ulotek (7%), a tylko 10% pacjentów od lekarzy i pielęgniarek [6]. Z badań Obryckiej wynika natomiast, że największy odsetek badanych (45%) zawdzięcza swoją znajomość praw pacjenta mediom, z ulotkom (27%) lub Karcie Praw Pacjenta (37%), a tylko 24% personelowi medycznemu bądź rodzinie (23%) [8].

Personel medyczny to także główne źródło informacji o prawach pacjenta od razu po przyjęciu pacjenta w oddział. Z badań własnych wynika, że zdaniem aż 90% pacjentów to właśnie on udzielił pierwszej informacji co do przysługujących pacjentowi praw. Z badań

Gocel wynikają podobne wnioski – aż 57% respondentów zadeklarowało bowiem, że to personel medyczny najczęściej informował ich o prawach. Badania te potwierdzają również, że jeśli pacjenci otrzymywali jakiegokolwiek informacje na temat praw pacjenta od personelu medycznego, to informacje te przedstawiała pielęgniarka (15%), rzadziej lekarz (12%), a najrzadziej pracownicy rejestracji (7%) [6]. Dla kontrastu badania prof. Grażyny Iwanowicz-Palus dowodzą, że personel medyczny pełnił niewielką, znikomą wręcz rolę w rozwijaniu świadomości prawnej pacjentów [10], co sugeruje, że na przestrzeni lat w polskiej ochronie zdrowia zachodzi w tym kontekście pozytywna poprawa. Natomiast badania Wierzińskiej-Karakuła potwierdzają, że informacje odnośnie praw pacjenta przekazywane były, zdaniem 63,4% badanych, najczęściej poprzez wywieszenie w widocznym miejscu Karty praw pacjenta [11].

Wyniki badania CBOS z 1996 r., na które powołuje się Kozyra, wskazują na to, że „przestrzeganie praw przysługujących pacjentom pozostawiało wiele do życzenia, w wielu przypadkach nie respektowano podstawowych praw, takich jak prawo pacjenta do informacji czy bezpłatnej opieki medycznej” [9]. Badania prowadzone w kolejnych latach, w tym również badania własne, pokazują progres w tej kwestii. Mimo, iż zdania badanych pacjentów są wciąż podzielone, to jednak ich dominujący odsetek potwierdza, że personel medyczny przestrzega praw pacjenta. W badaniach własnych większość pacjentów (91,30% ogółu badanych, w tym 93,24% kobiet i aż 87,80% mężczyzn) potwierdziło, że ich prawa pacjenta są przestrzegane. Badania Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej pokazały, że tylko 31% badanych uznało, iż ich uprawnienia są rzadko przestrzegane przez personel medyczny, a kolejne 69% potwierdziło, że ich prawa są przestrzegane, w tym zdaniem aż 32% ankietowanych, że są przestrzegane często [5].

Można pokusić się o optymistyczne stwierdzenie, że najnowsze badania potwierdzają, iż pacjenci pozytywnie oceniają respektowanie ich praw w jednostkach opieki zdrowotnej. Nie mniej jednak nadal potrzebne są inicjatywy mające na celu edukację pacjentów w kontekście przysługujących im praw i pobudzanie ich większego zainteresowania tym tematem, dla ich świadomości i komfortu. Odpowiedzialność za to leży w rękach szeroko pojętej ochrony zdrowia. Personel medyczny jako ten, który powszechnie darzony jest przez społeczeństwo wysokim zaufaniem, wydaje się być pożądanym inicjatorem oddziaływań edukacyjnych w tym zakresie.

WNIOSKI

1. Większość pacjentów ocenia jako słaby swój poziom wiedzy o prawach pacjenta, co potwierdza przyznawana subiektywnie skala punktowa, pomimo tego, że większość z nich potwierdza zainteresowanie tą problematyką.
2. Szeroko pojęty personel medyczny, w szczególności pielęgniarki i lekarze, stanowi podstawowe źródło wiedzy pacjentów na temat praw pacjenta, mimo to duży odsetek pacjentów stara się pozyskiwać wiedzę raczej na własną rękę korzystając z zasobów Internetu i innych mediów.
3. Większość pacjentów uważa, że personel medyczny respektuje prawa pacjenta, a tylko niewielki odsetek badanych zauważył nieznaczne nieprawidłowości w ich przestrzeganiu. Niektóre prawa jak prawo dostępu do opieki duszpasterskiej czy prawo do kontaktu z bliskimi osobami nie zawsze były realizowane.
4. Słaby poziom wiedzy pacjentów na temat swoich praw wymaga systematycznego prowadzenia działań podnoszących wiedzę pacjentów na temat ich praw i pobudzających ich do większego zainteresowania się tym tematem.

PIŚMIENNICTWO

1. Karkowska D.: Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz. Wolters Kluwer Polska sp. z o.o. Warszawa 2021, 26.
2. Rek T. Hajdukiewicz D.: Lekarz a prawa pacjenta. Poradnik prawny,. Wolters Kulwer SA. Warszawa 2016, 21.
3. Dercz M., Izdebski H. Rek T.: Prawo publiczne ochrony zdrowia. Wolters Kulwer SA. Warszawa 2013, 271-273.
4. Karkowska D.: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Wolters Kluwer Polska sp. z o.o. Warszawa 2016, 36.
5. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Prawa pacjenta. Raport z badania Capibus, www.prawapacjenta.eu/..Raport%20z%20badania [dostęp: 14.08.2023].
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* 2015, 1(50): 5-10.
7. Atras A., Patryn R., Marczewski K.: Procesy diagnostyczno-lecznicze a potrzeba udzielenia zgody przez pacjenta w opinii lekarzy. *Przegląd Lekarski* 2007; 64: 7-8.

8. 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.
9. Kozyra O., Kotlarz B., Pinocy M. i wsp.: Znajomość praw pacjenta wśród pacjentek oddziałów położniczo-ginekologicznych. *Zdrowie i Dobrostan* 2014; 1: 24-35.
10. Iwanowicz-Palus G.: Znajomość praw pacjenta. *Zdrowie Publiczne* 2002; 64: 525-527.
11. Wierzińska-Karakuła S., Binkowska-Bury M. Burzyńska J. i wsp.: Respektowanie oczekiwań i praw pacjentów w podkarpackich jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej jako element jakości usług zdrowotnych. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2015; 1: 19–30..

Prehabilitacja czyli dobrze zagospodarowany dla pacjenta czas ...

Beata Barańska^{1,2}

1. Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie, Oddział Ortopedii Onkologicznej
2. Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemysłu

WPROWADZENIE

Prehabilitacja to bardzo istotna dziedzina medycyny głównie okołoperacyjnej. Jej założeniem jest kompleksowe działanie w celu uzyskania jak najlepszego stanu zdrowia pacjenta, co pozwoli na osiągnięcie dobrych efektów zabiegu oraz szybkiej rekonwalescencji. W niektórych przypadkach kompleksowa prehabilitacja może zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych nawet dwukrotnie.

Prehabilitacja w Polsce to pojęcie stosunkowo nowe. W polskiej wersji Wikipedii hasło „prehabilitacja” pojawiło się niedawno, w wersji anglojęzycznej i większości wersji językowych krajów Europy Zachodniej obecne jest już od niemal dziesięciu lat. Zagadnienie prehabilitacji doczekało się dziesiątków publikacji naukowych, opracowań, prezentacji. Niewątpliwie w Polsce twórcą i propagatorem idei prehabilitacji jest Tomasz Banasiewicz, a partnerem strategicznym prehabilitacji jest Firma Olimp Labs, przy współudziale której w Polsce od 2022 roku powstają poradnie prehabilitacyjne. Obecnie jest ich 17 z czego poradni prehabilitacji onkologicznej – 3 [1]. Pierwsza poradnia prehabilitacji onkologicznej powstała w Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie na podkarpaciu, w małym niespełna 8 tysięcznym mieście. W Ośrodku tym wprowadzono nie ma „robotów da Vinci”, ale są pasjonaci - ludzie chętni do pracy z pacjentem, rodziną, dzięki którym czas oczekiwania na leczenie czy okres okołoperacyjny i pooperacyjny jest dobrze zagospodarowany a pacjent i rodzina są dobrze zaopiekowani. To nowatorskie i kompleksowe podejście przygotowania chorego do leczenia onkologicznego, zgodnie ze standardami obowiązującymi na świecie przełożyło się na wyniki konkursu Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny”, gdzie wśród laureatów znalazł się właśnie ten brzozowski Szpital, który został przez Kapitułę konkursu uznany za najbardziej innowacyjny i zwyciężył w kategorii „Lider Roku 2022 w Ochronie Zdrowia – innowacyjny szpital”.

ROZWINIĘCIE

Prehabilitacja stała się nową, ale jakże istotną dziedziną, którą zaczyna dostrzegać wielu specjalistów czy ekspertów. Tworzą się nowe wytyczne, zalecenia, a niebawem opublikowane zostaną Rekomendacje w zakresie stosowania prehabilitacji, czyli kompleksowego przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego. Dokument ma stanowić pomoc w standaryzacji zaleceń oraz przygotowaniu standardu prehabilitacji, zarówno dla przygotowywanego pacjenta jak i zespołów szpitalnych prowadzących prehabilitację. W przygotowaniu dokumentu wzięło udział 48 specjalistów, ekspertów w zakresie wprowadzania i stosowania prehabilitacji (chirurdzy, anestezjolodzy i specjaliści intensywnej opieki medycznej, dietetycy, fizjoterapeuci, psychologowie, pielęgniarki, farmaceuci).

Prehabilitacja stanowi jeden z ważnych elementów tzw. medycyny okołoperacyjnej (perioperative medicine), której celem jest nie tylko wykonanie pojedynczej procedury medycznej (a więc zabiegu lub podania leku), ale kompleksowe działania mające na celu przygotowanie, bezpieczne przeprowadzenie przez zabieg operacyjny i finalnie uzyskanie jak najlepszego stanu zdrowia pacjenta.

Do czynników zależnych od pacjenta, zmniejszających ryzyko powikłań związanych z leczeniem, należą między innymi dobra sprawność fizyczna, właściwe odżywianie, motywacja oraz wyrównanie/normalizacja chorób współistniejących. Spełnienie tych warunków jest niezbędne, aby przeciwdziałać spodziewanemu stresowi związanemu z operacją [2].

Prehabilitacja opiera się na czterech kierunkach działań: eliminacji nałogów, przygotowaniu żywieniowym, ćwiczeniach fizycznych oraz wsparciu psychologicznym.

Eliminacja nałogów (przede wszystkim palenia papierosów) u pacjenta ma nie tylko służyć wyeliminowaniu ryzyka związanych z nimi chorób, ale też zapobiec pojawieniu się powikłań, pooperacyjnej. Jednym z istotnych elementów prehabilitacji jest ograniczenie lub rezygnacja z nałogów, przede wszystkim konsumpcji alkoholu i wyrobów tytoniowych. Szkodliwy wpływ palenia został udowodniony i szeroko opisany w literaturze fachowej, otwartym jednak pozostaje pytanie czy unikanie nałogu bezpośrednio przed zabiegiem chirurgicznym wpłynie zasadniczo na postępowanie śród- i pooperacyjne oraz czy zmniejszy ryzyko powikłań [3].

Jakkolwiek szeroka definicja palacza zakłada spożycie co najmniej 100 papierosów w ciągu życia, to jednak ograniczenie palenia w ramach prehabilitacji dotyczy przewlekłych palaczy, szczególnie tzw. średnich i ciężkich, palących odpowiednio od 10 do 20 i powyżej 20 sztuk papierosów dziennie. W Polsce odsetek aktywnych palaczy zmniejsza się sukcesywnie

od blisko dwóch dekad, niemniej wyroby tytoniowe przewlekłe stosuje nadal blisko 25% populacji.

Uwzględniając powyższe trzeba jednoznacznie podkreślić, że rezygnacja z palenia w dowolnym momencie przed lub po operacji jest zawsze korzystna dla chorego. Nawet jeden dzień bez papierosa przed operacją, pomaga w poprawie zaopatrzenia tkanek w tlen i obniżeniu poziomu karboksyhemoglobiny. Jednak ograniczenie produkcji śluzu i zmniejszenie nadreaktywności oskrzeli wymaga dłuższego czasu bez tytoniu, co najmniej przez 1–2 tygodnie, a po co najmniej 3–4 tygodniach absencji spada ryzyko powikłań związanych z gojeniem się ran. Większość badaczy sugeruje, że największe korzyści przynosi zaprzestanie palenia na 2 miesiące przed operacją.

Ograniczenie spożycia alkoholu etylowego w okresie okołoperacyjnym jest również wskazane, chociaż w tej kwestii ocena jednoznacznych korzyści nadal stanowi przedmiot badań. W ten sposób przewlekłe spożycie alkoholu nasila stan zapalny i prowadzi do stłuszczenia narządów, przede wszystkim wątroby, a dalej martwicy i włóknienia. Stałe upośledzenie funkcji narządów i rakotwórczość to schyłkowe etapy niekontrolowanego nałogu.

Przygotowanie żywieniowe ma duże znaczenie zwłaszcza w przypadku chorych z ciężkim niedożywieniem, które zwiększa ryzyko powikłań pooperacyjnych. Odpowiednie żywienie jest jednak istotne także w przypadku pozostałych grup pacjentów, ponieważ wpływa na szybkość rekonwalescencji po zabiegu i może zmniejszyć ryzyko powikłań. Zakres przygotowania żywieniowego jest zależny od indywidualnych potrzeb pacjenta oraz od rodzaju i skomplikowania wykonywanego zabiegu lub terapii. W przygotowaniu tym kładzie się nacisk na jak najszybszą ocenę stanu odżywienia pacjenta i odpowiednie postępowanie w przypadku, gdy stwierdzone będzie niedożywienie lub jego ryzyko. Niedożywienie ma negatywny wpływ na całokształt leczenia i okres rekonwalescencji, zwiększając tym samym ryzyko wystąpienia np. zaburzenia gojenia się ran, opóźnienia w kolejnym cyklu leczenia onkologicznego, konieczność ponownej interwencji chirurgicznej czy przedłużony pobyt w placówkach leczniczych [4].

W przypadku pacjentów niedożywieniowych zalecana jest konsultacja dietetyka i przygotowanie przez niego zaleceń żywieniowych w okresie przygotowania do zabiegu. Ciężkie niedożywienie, zwłaszcza konieczność stosowania podaży dojelitowej lub pozajelitowej wymaga wsparcia poradni żywieniowych, które posiadają możliwość prowadzenia pacjenta i założeń, jeśli to konieczne, odpowiednich dostępów żywieniowych.

Coraz więcej mówi się o otyłości sarkopenicznej, czyli sytuacji, gdzie pacjent otyły jest jednocześnie pacjentem niedożywionym i niedoborowym.

Warto również wspomnieć o żywieniu immunomodulującym, czyli podawaniu wybranych składników odżywczych w ilościach przekraczających podstawowe zapotrzebowanie, które pozytywnie wpływają na układ odpornościowy. Składniki takie jak arginina, kwasy tłuszczowe omega-3 i glutamina mogą zmniejszać ryzyko powikłań okołoperacyjnych oraz przyspieszają gojenie się ran i czas rekonwalescencji. Immunożywienie wpływa pozytywnie na proces leczenia schorzeń podstawowych i chorób współistniejących, stabilizując jednocześnie stan odżywienia.

U chorych z niedożywieniem interwencja żywieniowa jest nie tylko potrzebna czy zasadna, ale bezwzględnie konieczna. W przypadku niedożywienia, szczególnie średniego i ciężkiego, zalecenia muszą mieć charakter indywidualny, określając zarówno zapotrzebowanie jak i drogę podaży, gdyż u części chorych podaż doustna może być niestety niewystarczająca. Przy określaniu optymalnej drogi podaży należy dążyć do zachowania kolejności:

1. Podaż doustna
2. Podaż dojelitowa
3. Podaż pozajelitowa.

Kolejnym ważnym aspektem prehabilitacji jest **wdrożenie odpowiednio dobranych ćwiczeń**. Wprowadzenie nawet bardzo prostych ćwiczeń poprawia wydolność organizmu pacjenta, wspomaga procesy anaboliczne. Ćwiczenia fizyczne są szczególnie istotne u pacjentów cierpiących z powodu nadwagi czy otyłości, uznawanych za choroby cywilizacyjne stanowiące globalny problem zdrowotny. Aktywność fizyczna u pacjentów przygotowywanych do zabiegów operacyjnych odgrywa kluczową rolę, stąd też zalecenia, by szczególnie zachęcać pacjentów do wysiłku fizycznego przed zabiegiem operacyjnym (co najmniej 30 minut dziennie), przy czym rodzaj aktywności fizycznej powinien być indywidualnie dostosowany do możliwości pacjenta.

O ile w populacji pacjentów w dobrym stanie ogólnym i prawidłową wydolnością zalecenia te mogą wpływać głównie na poprawę jakości życia i tempo powrotu do zdrowia, tak odpowiednie przygotowanie fizyczne wydaje się być bardzo istotne u pacjentów obciążonych, starszych, wyniszczonych, z sarkopenią czyli z szeroko pojętych grup podwyższonego ryzyka. W tej grupie pacjentów odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne wydają się być szczególnie ważne i mogą korzystnie wpływać na wyniki, szczególnie odległe. Wydaje się, że w grupach pacjentów obciążonych, wymagających indywidualnego doboru ćwiczeń, optymalnym

rozwiązaniem byłby udział fizjoterapeuty w zakresie planowania aktywności fizycznej w ramach przygotowania przedoperacyjnego [5].

Prehabilitacja obejmuje także **wsparcie psychologiczne**. Ma ono na celu zmniejszenie lęku i stresu pacjenta, które mogą negatywnie wpływać na proces leczenia i rekonwalescencji. Wsparcie psychologiczne ma szczególne znaczenie w przypadku pacjentów onkologicznych oraz ich rodzin. Bardzo często najbliżsi mają ogromny wpływ na myślenie i postępowanie samego chorego. Dlatego tak istotna jest wiedza rodziny na temat roli, jaką odgrywa w procesie terapeutycznym.

Chorego możemy wesprzeć przez:

- Wsparcie informacyjne

Udzielane głównie przez lekarzy onkologów i inny personel medyczny poprzez dostarczanie informacji na temat choroby i leczenia.

- Wsparcie emocjonalne

Udzielane głównie przez rodzinę chorego:

- dążenie do poznania potrzeb pacjenta i ich zaspokojenie w miarę możliwości,
- życzliwe, empatyczne słuchanie,
- okazanie zrozumienia,
- sygnalizowanie gotowości do podjęcia rozmowy na każdy trudny temat: „Jeśli chcesz możemy o tym porozmawiać...”,
- okazywanie czułości (np. dotyk dłoni, przytulanie),
- budowa relacji bezpiecznej dla chorego „Jestem obok, gdybyś mnie potrzebował”.

Ale, należy pamiętać, aby:

- szanować potrzebę samotności pacjenta i nie osaczać go swoją osobą – wystarczy poinformowanie chorego: „Powiedz mi jeśli chcesz zostać sam”,
- nie zamartwiać się, gdy zapada cisza w trakcie ważnej rozmowy,
- pozwolić wypłakać się choremu i wyrazić swoje wszystkie emocje np. złość lub lęk,
- pytać: „Co mogę dla Ciebie zrobić?”.

- Wsparcie psychologiczne

Udzielane przez psychologów, psychoonkologów, terapeutów.

- Wsparcie duchowe

Udzielanie docelowo przez kapelanów szpitalnych.

- Wsparcie materialne

Bardzo ważne w czasie nierzadko długiego leczenia, pomoc w finansowaniu kosztów leczenia, wyposażenie materialne chorego na czas hospitalizacji.

W chwili obecnej brak jednolitego/ ostatecznego kanonu dotyczącego czasu trwania prehabilitacji, opartego na wynikach wiarygodnie przeprowadzonych badań. Rekomendowane przez Autorów czasy przygotowania przedoperacyjnego opierają się więc na pewnych założeniach teoretycznych, doświadczeniach własnych i możliwościach techniczno-organizacyjnych czasu przygotowania pacjenta z uwzględnieniem kompleksowej terapii onkologicznej). Cytując za polskim konsensusem kompleksowej opieki okołoperacyjnej najczęściej spotykanym standardem jest okres 4-6 (czasem 8) tygodni [6,7].

Okres krótszy tj. od 2 do 4 tygodni ma mniejszą skuteczność, natomiast dłuższy niż 3 miesiące grozi słabym przestrzeganiem zaleceń przez pacjenta. Zatem idealne ramy czasowe dla programu prehabilitacji powinny być szacowane na podstawie najlepszej korelacji między skutecznością programu, a reżimem przygotowania. W związku z tym optymalny czas prehabilitacji powinien wynosić 4 co najmniej 4 tygodnie z wydłużeniem do 6 lub nawet 8 tygodni, jeśli pozwala na to choroba podstawowa [8-11].

Okres ten jest także korzystny, oczywiście pod warunkiem jego jak najwcześniejszego poinformowania pacjenta o potrzebie przygotowania lub skierowania do odpowiedniej poradni prehabilitacyjnej.

Prehabilitacja nie powinna odraczać planowanego leczenia, lecz wręcz przeciwnie - nie tylko ułatwiać ich przeprowadzenie, ale w niektórych sytuacjach je przyspieszać.

Stały postęp w zakresie wiedzy i strategii przygotowania pacjenta powoduje, iż zakres możliwych działań przygotowujących pacjenta do zabiegu stale się poszerza. Można wskazać obecnie 3 poziomy prehabilitacji, zależnie od podjętych działań

- klasyczna prehabilitacja

Prehabilitacja rozumiana klasycznie składa się z 4 elementów, tzn. przygotowania żywieniowego, fizjoterapeutycznego, psychologicznego i eliminacji nałogów. Stanowią one dość uniwersalną podstawę przygotowania pacjenta do każdego bardziej kompleksowego leczenia, chirurgicznego, ale też chemio- czy radioterapii. Co ważne, wszystkie te elementy mogą, w różnym oczywiście zakresie, znaleźć zastosowanie u pacjentów z różnych grup ryzyka, przy różnego rodzaju potencjalnej ciężkości planowanego zabiegu.

- prehabilitacja poszerzona

Prehabilitacja rozumiana jako optymalizacja stanu pacjenta może, a nawet powinna, brać pod uwagę jego ogólny stan zdrowia czy choroby współtowarzyszące, jak anemia czy cukrzyca. Ich wczesne rozpoznanie pozwala na odpowiednie przygotowanie pacjenta, jak na przykład w przypadku anemii, częściej przy chorobach nowotworowych przewodu pokarmowego, gdzie suplementacja żelaza dożylna i wsparcie żywieniowe w okresie 4-6 tygodni przed zabiegiem pozwala na znaczące podniesienie poziomu hemoglobiny.

- prehabilitacja indywidualizowana

Określone grupy pacjentów wymagają specyficznego, związanego z rodzajem zabiegu i charakterystyką kliniczną chorych, przygotowania. Jest ono ważnym elementem kompleksowej strategii leczenia, w niektórych dziedzinach, jak na przykład chirurgia bariatryczny stanowi integralny element leczenia pacjenta.

Wprowadzenie prehabilitacji wciąż napotyka na szereg ograniczeń, zarówno ze strony systemu jak i pacjentów. Do głównych należy:

- brak wiedzy na temat korzyści płynących z prehabilitacji,
- nieprzedkładanie prehabilitacji nad inne zobowiązania,
- ograniczenia fizyczne i choroby współistniejące,
- brak czasu i ograniczone możliwości finansowe),
- brak wsparcia społecznego, lęku i stresu.

Jak widać odpowiednia edukacja, zarówno pacjentów jak i personelu wydaje się być kluczowym elementem szerszego wprowadzania prehabilitacji. Kolejna kwestia to odpowiednia jej organizacja, tak, by pacjenci mogli brać udział w prehabilitacji w warunkach domowych, z wykorzystaniem możliwości cyfrowych i teledywnych interwencji zdrowotnych.

PODSUMOWANIE

Korzyści wynikające z prehabilitacji są więc bezsprzeczne. Ich głównym beneficjentem jest w pierwszej kolejności pacjent, jego najbliżsi, ale nie bez znaczenia są też znaczne oszczędności wynikające z ograniczenia powikłań leczenia, m.in. skrócenie czasu hospitalizacji, zmniejszenie zużycia leków, sprzętu medycznego itp. Zatem prehabilitacja to ten kierunek który należy rozwijać, szerzyć i promować tak, aby czas przygotowania i leczenia naszego pacjenta był dobrze zagospodarowany. Wiedząc, że TAK i wiedząc JAK, należy zatem szerzyć ideę prehabilitacji której głównym założeniem jest zdrowie i życie naszego pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Wykaz Poradni Prehabilitacji w Polsce: www.olimpmed24.com (data pobrania 13.08.2023r.).
2. Jeske P, Wojtera B, Banasiewicz T.: Prehabilitation – Current Role in Surgery. *Pol Przeg Chir* 2022; 94 (3): 64-72.
3. Nowak D., Wojciechowska M., Kopański Z. i wsp.: Skutki zdrowotne palenia tytoniu. *Journal of Clinical Healthcare* 2014; 4.
4. Weimann A, Braga M, Carli F. et al.: ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in Surgery 2021; 40(7): 4745-4761.
5. Klek S, Rymarowicz J, Sobocki J. et al.: Recommendations for modern perioperative care for elective surgery: consensus of panel of experts. *Pol Przeg Chir* 2023; 17;95(4):1-5.
6. Mavros MN, Athanasiou S, Gkegkes ID,: Do psychological variables affect early surgical recovery? *PLoS One*. 2011; 6(5): e20306.
7. Charlotte J. L. Molenaar, Nicole E. et al.: Prehabilitation, making patients fit for surgery – a new frontier in perioperative care. *Innov Surg Sci*. 2019; 4(4): 132–138.
8. Al-Naime, K.; Al-Anbuky, A.; Mawston, G.: Remote Monitoring Model for the Preoperative Prehabilitation Program of Patients Requiring Abdominal Surgery. *Future Internet* 2021; 13: 104.
9. López Rodríguez-Arias F, Sánchez-Guillén L, Armañanzas Ruiz LI. et al.: Narrative Review About Prehabilitation in Surgery: Current Situation and Future Perspectives. *Cir Esp (Engl Ed)* 2020; 98(4): 178-186.
10. Rucińska M, Osowiecka K: Prehabilitation as an extra approach to usual care for cancer patients *Nowotwory. Journal of Oncology* 2022; 72(5): 294-302.
11. Franssen, R.F.W., Bongers, B.C., Vogelaar, F.J. et al.: Feasibility of a tele-prehabilitation program in high-risk patients with colon or rectal cancer undergoing elective surgery: a feasibility study. *Perioper Med*. 2022; 11: 28.

Choroby cywilizacyjne – przyczyny i zagrożenia

Anna Grajewska, Edyta Rysiak

Zakład Chemii Leków, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Choroby cywilizacyjne są jednym z największych problemów zdrowotnych zarówno w krajach wysoko rozwiniętych, jak i szybko rozwijających się. Istnieją różne teorie na temat tego, w jaki sposób zdrowie jest utrzymywane lub osłabiane oraz jakie czynniki biologiczne i społeczne mają na nie wpływ. Choroby cywilizacyjne związane są głównie z mechanizmami dostosowania organizmu do niekorzystnych czynników zmienionego antropogenicznie środowiska. Na obecnym etapie przemian wysoko rozwiniętej cywilizacji, ludzie stoją w obliczu realnej degradacji środowiska oraz samej ludzkości, ponieważ zdolność transformacji społecznej stała się porównywalna pod wieloma względami z procesami naturalnymi. Na tle rosnącego zanieczyszczenia środowiska wzrasta niebezpieczeństwo mutacyjnego i rakotwórczego działania ksenobiotyków, liczba chorób dziedzicznych, mutacji chromosomalnych i genowych, a co za tym idzie, występowania na szeroką skalę chorób cywilizacyjnych na całym globie [1, 2].

ROZWINIĘCIE

Choroby cywilizacyjne, zwane też epidemią XXI wieku, to globalnie rozprzestrzeniające się choroby niezakaźne, które prowadzą do niepełnosprawności i odpowiadają za ponad 80% przedwczesnych zgonów na świecie. Choroby cywilizacyjne znane również jako choroby o charakterze przewlekłym, są zwykle długotrwałe i wynikają z połączenia czynników genetycznych, fizjologicznych, środowiskowych i wynikających z niewłaściwego trybu życia. Rozwój cywilizacji jest ogólnie postrzegany jako pozytywny krok dla poprawy dobrostanu ludzkości, prowadzący do wydłużenia czasu i poprawy jakości życia. Przyspieszony postęp cywilizacyjny (głównie uprzemysłowienie, urbanizacja i sposób odżywiania) doprowadził do powstania potencjalnych negatywnych skutków dla ludzkiego zdrowia. Dodatkowo siedzący tryb życia, źle zbilansowana dieta bogata w produkty wysoko przetworzone, zanieczyszczenie środowiska naturalnego, niehigieniczny tryb życia, przewlekły stres, przepracowanie, częste korzystanie czy uzależnienie od używek, a także obciążenie

genetyczne równie istotnie wpływają negatywnie na zdrowie człowieka, skutecznie przyczyniając się do nowych zachorowań. Wśród najczęściej występujących chorób cywilizacyjnych wymienić należy choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, otyłość, cukrzycę typu II, insulinooporność, przewlekłe choroby układu pokarmowego, zaburzenia psychiczne, choroby układu oddechowego, alergię, depresję, czy próchnicę zębów [1-4].

Schorzenia układu krążenia to choroby sercowo-naczyniowe, które są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce - z przyczyn kardiologicznych umiera 175 tys. Polaków. Natomiast w Europie rokrocznie stwierdza się ponad 11 mln nowych przypadków chorób układu sercowo-naczyniowego i 3,9 mln zgonów z ich powodu. Do chorób sercowo-naczyniowych zalicza się wiele różnych jednostek chorobowych, najczęściej są to: nadciśnienie tętnicze, miażdżyca czy też udar mózgu.

Niekontrolowany wzrost komórek wynika z uszkodzenia genów, które regulują proces powstawania nowych komórek. Geny regulujące podział komórek mogą zostać uszkodzone na różne sposoby. Osoba może odziedziczyć uszkodzone lub zmutowane geny od swoich przodków. Czynniki wywołujące raka lub substancje znane jako czynniki rakotwórcze mogą być również odpowiedzialne za uszkodzanie genów a w konsekwencji, do możliwego nowotworzenia i zachorowania na raka. Szacuje się, że z chorobą nowotworową żyje ponad 1,17 mln Polaków [5-6].

Czynniki związane z ryzykiem zaburzeń metabolicznych przyczyniają się do czterech kluczowych zmian, które zwiększają ryzyko wystąpienia chorób cywilizacyjnych: podwyższone ciśnienie krwi, nadwaga i otyłość, hiperglikemia (wysoki poziom glukozy we krwi) oraz hiperlipidemia (wysoki poziom tłuszczu we krwi). Jak wskazuje WHO, pod względem śmiertelności, wiodącym czynnikiem ryzyka metabolicznego na świecie jest podwyższone ciśnienie krwi (któremu przypisuje się 19% zgonów na świecie), a następnie podwyższony poziom glukozy we krwi oraz nadwaga i otyłość.

Do jednej z coraz częściej dotykających współczesne społeczeństwo jest depresja i zaburzenia depresyjne. Depresja jest powszechnym zaburzeniem psychicznym. WHO zaznacza, że na całym świecie cierpi na nią 5% dorosłych. Dane literaturowe wskazują, że schorzenie to dotyka coraz częściej nie tylko osoby dorosłe, ale również dzieci i młodzież. Nierzadko także osoby starsze borykają się z depresją, co wiąże się ich codzienną samotnością, brakiem kontaktów międzyludzkich, czy bezradnością wobec samego siebie i z uwagi na towarzyszące choroby wieku starczego. Depresja i związane z nią zaburzenia psychiczne mogą mieć głęboki wpływ na wszystkie aspekty życia, w tym wydajność w szkole, produktywność w pracy, relacje z bliskimi i rodziną oraz na możliwość funkcjonowania w społeczeństwie.

Depresja jest powszechnym zaburzeniem psychicznym. Szacuje się, że na całym świecie cierpi na nią 5% dorosłych. Depresja cechuje się uporczywym smutkiem i brakiem zainteresowania lub przyjemności z wcześniej satysfakcjonujących lub przyjemnych czynności. Może również zaburzać sen i apetyt. Zmęczenie i słaba koncentracja są częstymi objawami. Depresja jest główną przyczyną niepełnosprawności na całym świecie i w znacznym stopniu przyczynia się do globalnego obciążenia chorobami. Skutki depresji mogą być długotrwałe lub nawracające i mogą znacząco wpływać na zdolność danej osoby do funkcjonowania i prowadzenia satysfakcjonującego życia. Przyczyny depresji obejmują złożone interakcje między czynnikami społecznymi, psychologicznymi i biologicznymi. Wydarzenia życiowe, takie jak trudności w dzieciństwie, niepowodzenia i utrata pracy przyczyniają się i mogą być katalizatorem rozwoju depresji. Istnieją psychologiczne i farmakologiczne metody leczenia depresji. Jednak w krajach o niskim i średnim dochodzie leczenie i usługi wsparcia w przypadku depresji są często nieobecne lub słabo rozwinięte. Ponadto wciąż w społeczeństwie choroba ta jest tematem tabu, bywa pomijana lub traktowana jako mało istotny zdrowotnie problem [1, 3, 5-8].

Choroby cywilizacyjne dotyczą ludzi we wszystkich grupach wiekowych, regionach i krajach. Dzieci, dorośli i osoby starsze są podatni na czynniki ryzyka przyczyniające się do rozwoju chorób cywilizacyjnych, takie jak niezdrowa dieta, brak aktywności fizycznej, narażenie na dym tytoniowy czy szkodliwe nadużywanie alkoholu. Zachowania, które odciągają ludzi od podejmowania aktywności i skłaniają ich do siedzącego trybu życia, mogą powodować szereg problemów zdrowotnych, które prowadzą do chorób przewlekłych o konsekwencjach zagrażających życiu. Do kontrolowanych czynników ryzyka należą nawyki, zachowania i działania, które można albo odpowiednio zmodyfikować, albo wyeliminować z codziennego życia. Przejęcie kontroli nad czynnikami ryzyka, na które potencjalny chory ma wpływ, może znacząco zmniejszyć nasze szanse na rozwój choroby cywilizacyjnej. Dlatego regularne uprawianie sportu, przestrzeganie prawidłowej diety i rezygnacja z palenia tytoniu pomogą zmniejszyć ryzyko zachorowania, i rozwoju chorób cywilizacyjnych w późniejszym okresie życia. Zatem choroby związane ze stylem życia to dolegliwości, które opierają się głównie na codziennych nawykach ludzi. Istnieje jednak wiele czynników ryzyka, na które nie ma się wpływu, dlatego konieczne jest wczesne wdrożenie zdrowych nawyków, by mogły się stać zdrowym stylem życia. Istnieje ponadto kilka czynników ryzyka, które przyczyniają się do zwiększenia szans rozwoju choroby cywilizacyjnej, a nie podlegają kontroli tak, jak czynniki modyfikowalne. Ważne jest jednak, aby zrozumieć, czym są te czynniki i jak wpływają one na zdrowie. Wśród nich wymienić należy wiek, płeć, pochodzenie etniczne, czy dziedziczenie. W wyniku starzenia się, organizm ma większe trudności związane z ochroną. Dlatego szanse na

rozwoju choroby cywilizacyjnej wzrastają wraz z wiekiem. Pochodzenie etniczne może również wpływać na szanse rozwoju choroby cywilizacyjnej. Dane literaturowe wskazują, że różne grupy etniczne mają niższe lub wyższe szanse na zachorowania na schorzenia serca, nadciśnienie krwi, niż osoby z innych grup. Określone jednostki chorobowe są bardziej powszechne wśród przedstawicieli danej płci. Mężczyźni mają większe ryzyko chorób serca niż kobiety, zwłaszcza we wcześniejszym okresie życia, kobiety z kolei mają większe ryzyko zachorowania na raka piersi niż mężczyźni. W przypadku niektórych rodzin dziedziczność może zwiększać szanse, że członek rodziny zachoruje na raka, zakrzepicę, miażdżycę. Ważne jest jednak, aby pamiętać, że dlatego, że występuje czynnik ryzyka wystąpienia danej choroby związanej ze stylem życia, niekoniecznie rozwinie się u pacjenta ta choroba. Jeśli jednak ryzyko to istnieje, istotną rolę pełnią regularne badania i samokontrola [1, 3-6, 9, 10].

Choroby cywilizacyjne są głównym problemem zdrowia publicznego na świecie. W 2018 r. Światowa Organizacja Zdrowia oszacowała, że 71% wszystkich zgonów na świecie było przypisywanych chorobom cywilizacyjnym. Szacuje się, że każdego roku prawie 15 milionów ludzi umiera z powodu chorób cywilizacyjnych. Zwykle są to osoby w wieku od 30 do 69 lat, a ponad 85% tych "przedwczesnych" zgonów występuje w krajach o niskich lub średnich dochodach.

Większość zgonów spowodowanych jest chorobami serca, udarem mózgu, rakiem i innymi chorobami wynikającymi z niewłaściwego stosunku ludzi względem środowiska oraz zmiany stylu życia. Choroby związane ze stylem życia różnią się od innych chorób, ponieważ można im potencjalnie przeciwdziałać i obniżyć ryzyko ich wystąpienia poprzez zmianę diety, stylu życia i warunków środowiskowych. Ważnym sposobem kontrolowania chorób cywilizacyjnych jest skoncentrowanie uwagi na ograniczeniu czynników ryzyka związanych z tymi chorobami. Istnieją niskokosztowe rozwiązania dla ochrony zdrowia i samego społeczeństwa w celu ograniczenia powszechnych modyfikowalnych czynników ryzyka. Monitorowanie postępów i tendencji w zakresie chorób cywilizacyjnych i związanego z nimi ryzyka jest ważne dla kierowania działaniami i ustalania odpowiednich priorytetów [1, 2, 4, 6, 10].

PODSUMOWANIE

Choroby cywilizacyjne są odpowiedzialne za ponad 80 procent przedwczesnych zgonów na świecie, przy czym choroby sercowo-naczyniowe i onkologiczne przynoszą ich najwięcej. Innowacyjne terapie i programy profilaktyczne mogą zapewnić poprawę w tym obszarze. Starania mające na celu zmianę diety, aktywności fizycznej i innych aspektów stylu

życia są zwykle podejmowane w celu edukowania jednostek za pośrednictwem szkół, placówek służby zdrowia, miejsc pracy i środków masowego przekazu. Działania te nadal będą odgrywały ważną rolę, ale można je wzmocnić za pomocą zmian środowiskowych i politycznych. Optymalnym rozwiązaniem byłoby, gdyby takie wysiłki były koordynowane przez grupy rządowe, przedstawiciele grup zawodowych i organizacje non-profit, a inwestycje w takie wysiłki powinny obejmować staranne badanie i doskonalenie strategii z zakresu marketingu społecznego, by móc skutecznie odpowiadać na nowo pojawiające się wyzwania problematyki chorób cywilizacyjnych [1, 4, 10].

PIŚMIENNICTWO

1. Willett W. C., Koplan J. P., Gaziano T. A. et al.: Disease Control Priorities in Developing Countries, Chapter 44. Prevention of Chronic Disease by Means of Diet and Lifestyle Changes, New York: Oxford University Press; 2006: 883-850.
2. Khalchitsky S. E.: Diseases of civilization: history, ecology, genetics. Scientific Research Of The SCO Countries: Synergy And Integration 2021: 30-35.
3. PLN 100 million for civilization diseases - III edition of the competition for non-commercial clinical research, <https://abm.gov.pl/en/news/53,PLN-100-million-for-civilization-diseases-III-edition-of-the-competition-for-non.html> (data pobrania: 11.08.2023)
4. Rekomendacja nr 15/2020 z dnia 15 grudnia 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii, https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/REK/15_2020.pdf (data pobrania: 11.08.2023)
5. Kopp W.: How western diet and lifestyle drive the pandemic of obesity and civilization diseases. Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy, 2019: 2221-2236.
6. Global Burden of Disease Collaborative Network, Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, (data pobrania: 11.08.2023).
7. Horgan D. et al.: Artificial intelligence: power for civilisation—and for better healthcare. Public Health Genomics 2020; 22(5-6): 145-161.

Choroby cywilizacyjne – przyczyny i zagrożenia

8. Depression, WHO, https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1,
9. Noncommunicable diseases, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>, (data pobrania: 11.08.2023)
10. Balwan W. K., Sachdeep K.: Lifestyle Diseases: The Link between Modern Lifestyle and threat to public health. Saudi J Med Pharm Sci 2021; 7(4): 179-84.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu z uwzględnieniem procedur Inicjatywy Angels.

Opis przypadku

Monika Lato-Pawłowska¹, Natalia Frencel¹, Bożena Ewa Kopcych²,
Joanna Hoffmann-Aulich¹

1. Zakład Pielęgniarstwa Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski w Zielonej Górze
2. Zakład Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Łomżyńska

WSTĘP

Jak donosi Światowa Organizacja Zdrowia WHO udar mózgu jest uwzględniany w epidemiologii jako druga przyczyna zgonów na świecie sięgająca 11% [1]. W Polsce notuje się zachorowania w liczbie 175/100 000 mężczyzn i 125/100 000 kobiet [2]. W 2019 roku zgonów z powodu udarów mózgu było około 6,19 miliona [3]. Udar niedokrwienny mózgu to schorzenie, które stanowi obciążenie dla pacjenta, rodziny i ochrony zdrowia. Taka sytuacja jest ściśle związana z konsekwencjami choroby czyli niepełnosprawnością.

Postępowanie w udarze niedokrwiennym mózgu

Udar niedokrwienny mózgu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia WHO to *ostra, ogniskowa lub uogólniona utrata funkcji mózgu trwająca >24 godzin, spowodowana niewydolnością zaopatrzenia w krew o podłożu (hemodynamicznym, zatorowym i lub zakrzepowym wynikającym ze schorzeń naczyń, serca lub krwi [4].* Jest najczęściej rozpoznawanym udarem wśród populacji ludzkiej w czołówce przyczyn zgonów i głębokiej niepełnosprawności [5]. Objawia się charakterystycznymi symptomami. Zazwyczaj jest złożony i uzależniony od lokalizacji i wielkości ogniska udarowego oraz chorób współistniejących. Wśród objawów wyróżnić należy niedowład połowiczny, zaburzenia mowy czyli afazję, zaburzenia widzenia, charakterystyczne jest opadanie kącika ust oraz zaburzenia gałko-ruchowe związane z niedowładem w obrębie nerwów czaszkowych, zaburzenia czucia i równowagi. Inne znaczące objawy dotyczą niezdolności do czytania- aleksja, pisanie-agrafia, liczenia akalkulia. Starsi pacjenci doznają stanu majaczeniowego, zaburzeń wyższych czynności nerwowych [6, 7].

Diagnostyka udaru mózgu opiera się głównie na badaniach obrazowych mózgowia, do których zalicza się TK (tomografię komputerową) oraz MRI (rezonans magnetyczny). TK umożliwia potwierdzenie udaru mózgu oraz wykluczenie innych schorzeń dających takie same objawy. Z kolei MRI umożliwia wykrycie udaru w małych naczyniach krwionośnych [2].

Najkorzystniejszy efekt w leczeniu udaru UM (udaru mózgu) osiąga się w pierwszych godzinach od wystąpienia objawów, dlatego niezbędne jest szybkie działanie zgodne z zaleceniami w odniesieniu do rozpoznania objawów, natychmiastowego powiadomienia SRM (służb ratownictwa medycznego), przewóz do szpitala z OU (oddziałem udarowym), który wcześniej zostaje powiadomiony o priorytetowym transporcie, ustalenie ostatecznej diagnozy i wdrożenie leczenia celowanego oraz ogólnego. Jest to tzw. „łańcuch przeżycia w udarze mózgu”. Według obowiązujących zaleceń nie powinien przekraczać 60 min od wystąpienia objawów „złota godzina udarowa”. Jak podkreślają autorzy wytycznych postępowania w udarze mózgu priorytetowym celem łańcucha przeżycia jest przestrzeganie zasady „3xW” Właściwy pacjent z objawami UM, właściwy szpital z OU, właściwy czas- możliwie najkrótszy. Dożylne leczenie trombolityczne z podaniem alteplazy -rekombinowany tkankowy aktywator plazminogenu [rt-PA, recombinant tissue plasminogen activator]) jest stałym „złotym standardem” leczenia ostrego udaru niedokrwiennego mózgu [8]. Należy zwrócić uwagę na tzw. „okno terapeutyczne”, które oznacza maksymalny czas trwający od wystąpienia pierwszych objawów choroby do dotarcia pacjenta do szpitala [9]. Czas okna terapeutycznego określono na 4,5 godziny, co znacznie podnosi szanse pacjenta. Jednak w metaanalizach danych stwierdza się, że dożylne leczenie rt-PA, które wdrożone jest prędzej niż do 3 h od wystąpienia objawów ewidentnie potęguje szanse na uzyskanie pełnej sprawności w czasie od 3 do 6 miesięcy od zachorowania. Podobnie zadowalający efekt zaobserwowano w oknie terapeutycznym 3,0–4,5 h [8]. W trakcie diagnostyki przedszpitalnej stosuje się skale ułatwiające rozpoznanie np. FAST pierwsze litery skrótów z języka angielskiego odnoszą się do oceny: Face-twarzy, Arm, ramion, Speech-mowy, Time czasu, NIHSS - National Institute of Health Stroke Skale ocenie podlega świadomość, orientacja auto i allopsychiczna, realizacja poleceń, ruchomość gałek ocznych, pole widzenia, porażenie nerwu twarzowego, siła mięśniowa kończyn górnych, dolnych, ataksja kończyn-palec-nos, czucie powierzchniowe, mowa, dyzartria, zespół zaniedbania połowiczego oraz protokół SAMPLE, który uwzględnia objawy, uczulenia, stosowane leki, przebyte choroby, ostatni spożywany posiłek, przyczyny zachorowania [5]. Dawkowanie rt-PA wynosi 0,9 mg/kg mc. (maks. 90 mg). Obliczenie dawki odbywa się na podstawie rzeczywistej lub szacunkowej masy ciała pacjenta. Dziesięć procent dawki całkowitej podaje się jako bolus, pozostałe 90% w pompie zgodnie ze schematem [8].

Sposobem leczenia udaru niedokrwiennego mózgu jest także trombektomia. Zabieg ten polega na mechanicznym usunięciu skrzepu zamykającego naczynie krwionośne [10]. Warto zaznaczyć, że pacjent trafia na SINN (Salę Intensywnego Nadzoru Neurologicznego) i tam przebiega dalsze leczenie. Zdarza się pełne wycofanie objawów udaru potwierdzonym kontrolnym badaniem TK, częściej stwierdza się powikłania. Są to krwawienia z miejsc kaniulowanych, po wcześniejszych urazach, krwawienia do OUN oraz pozostałych układów i narządów np. dróg oddechowych, gardła, przewodu pokarmowego, pęcherza moczowego itd. Leki trombolityczne mogą wywołać również reakcje alergiczne: obrzęku warg, języka czy krtani. Może również dojść do oderwania zakrzepu i ponownego udaru, zawału. Inne powikłania pojawiają się w postaci zapalenia płuc, infekcji dróg moczowych, powikłań zatorowo-zakrzepowych, odleżyn. Zaostrzeniu ulegają choroby przewlekłe w postaci niewydolności krążenia, cukrzyca i inne [11].

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie studium indywidualnego przypadku Case study, opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z udarem niedokrwiennym mózgu.

MATERIAŁ I METODY

Proces pielęgnowania prowadzono w oparciu o model pielęgnowania Dorothea Orem, który zdaniem autorki pracy najlepiej wpisuje się w realizację opieki opartej na angażowaniu chorego do samoopieki, ale również identyfikowaniu deficytów samoopieki wymagających wsparcia. Wszystko zgodnie z treściami standardów postępowania przekazywanymi przez Inicjatywę Angels związaną z szybkim wdrożeniem szeregu działań poprzedzających zastosowanie leku trombolitycznego, bowiem istnieje wtedy szansa zminimalizowania deficytów neurologicznych.

W pracy został przedstawiony przypadek 71-letniego pacjenta, który zmagał się z udarem niedokrwiennym mózgu. Jak donosi literatura oraz standard postępowania wobec pacjenta, u którego objawy wskazują na schorzenie najistotniejszy jest fakt szybkiego dokonania celowanego leczenia.

Inicjatywa Angels jest projektem wspieranym przez Europejską Organizację Udaru Mózgu (European Stroke Organization - ESO) i działa w 120 krajach świata wspierając nowoczesne podejście do opieki udarowej upowszechniając wiedzę na temat udaru mózgu skierowaną do pracowników Ochrony zdrowia w celu zwiększenia liczby osób, których schorzenie może pozbawić możliwości samodzielnego funkcjonowania. W opisanym

przypadku pacjent trafił do szpitala należącego do wymienionej inicjatywy, gdzie zespół terapeutyczny stale podnosi swoją wiedzę, umiejętności. Jest motywowany do ulepszania wyników w leczeniu chorych po udarze niedokrwiennym mózgu. Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o w 2020 roku otrzymał międzynarodowe wyróżnienie inicjatywy Angels status platynowy, i jako jeden z trzech polskich szpitali w 2022 roku otrzymał status diamentowy.

WYNIKI

Opis przypadku

Dnia 20. 07. 2023 r. do SOR-u (Szpitalnego Oddziału Ratunkowego) został przyjęty pacjent w wieku 71 lat. Przywieziony do Szpitala Uniwersyteckiego im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze, przez syna, który zauważył niepokojące objawy dotyczące zaburzeń mowy oraz pogłębiającej się asymetrii twarzy pod postacią opadającego kącika ust po prawej stronie, a także osłabienia siły mięśniowej prawej kończyny górnej i dolnej i łagodnych zaburzeń świadomości. W SOR kontakt z pacjentem był utrudniony, wypowiadał pojedyncze słowa, mowa bełkotliwa, podczas prób złożenia zdania denerwuje się, jąka i potrzebuje więcej czasu na wyrażenie swoich myśli. Kontakt z pacjentem jest logiczny, reaguje na większość pytań i komunikatów kierowanych do niego. Ze względu na dysfagię zalecono dietę papkowatą, z uwagi na ewentualne zachłyśnięcie, rozważa się założenie sondy żołądkowej. W wywiadzie przeprowadzonym z udziałem syna pacjenta oraz analizie dokumentacji medycznej, którą dostarczył ze sobą pacjent, uzyskano informację na temat zdiagnozowanego wcześniej nadciśnienia tętniczego oraz nieprawidłowego poziomu glukozy na czczo. Nie potwierdzono innych chorób współistniejących. Z wywiadu wynika, że pacjent nieregularnie przyjmował leki hipotensyjne oraz rzadko i niechętnie kontrolował pomiary ciśnienie. Nie uzyskano informacji na temat wcześniej występujących incydentów związanych z występowaniem w rodzinie udarów niedokrwiennych mózgu. Nie zgłaszał przy przyjęciu dolegliwości bólowych. Pacjent waży 88 kg, a jego wzrost wynosi 172 cm, co wg. BMI oznacza nadwagę. Ciśnienie tętnicze wynosiło 175/ 95 mmHg, a tętno 92 uderzeń na minutę, temperatura ciała 36, 8 C, oddech miarowy 17 na minutę. Mieszka z żoną w Zielonej Górze. Ma bliski kontakt z synem i synową, na których pomoc zawsze może liczyć. Pacjent przebywa na emeryturze, z zawodu był cukiernikiem i pracował w zawodzie. Aktualnie prowadzi siedzący tryb życia, często spożywa tłuste, smażone potrawy, nie pali papierosów, pije alkohol okazjonalnie. Lekarz z SOR- u zlecił wykonanie u pacjenta badania TK oraz pobranie krwi w celu wykonania badań: morfologia, CRP, czas protrombinowy, fibrynogen, kreatynina, stężenie

mocznika, poziom glukozy oraz profil lipidowy. Ponadto zlecił wykonanie EKG. Założono dwa wkłucia obwodowe w lewym dole łokciowym i przedramieniu lewym. Do pęcherza moczowego założono cewnik Foleya i dodatkowo zaopatrzone chorego w pieluchomajtki. Po uzyskaniu wyników badań lekarz stwierdził wystąpienie u pacjenta ostrego udaru niedokrwiennego z ogniskiem niedokrwienia zlokalizowanym w lewej półkuli mózgu. Pacjent został przeniesiony na SINN, gdzie kontynuowano rozpoczęte jeszcze w Tomografii Komputerowej leczenie trombolityczne, w postaci podania rekombinowanego aktywatora plazminogenu dożylnie (10% dawki w postaci bolusa i reszta dawki w godzinnym wlewie dożylnym w pompie strzykawkowej zgodnie z obowiązującym schematem), po 2 godzinach od wystąpienia pierwszych objawów udaru mózgu. Na zlecenie lekarskie podano 90 mg preparatu rt-PA. Ważnym elementem w postępowaniu pielęgniarskim było zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i komfortu psychicznego, wykonywanie czynności w sposób dokładny i precyzyjny, nie powodując nasilenia lęku i dezorientacji. W SINN podłączono chorego do kardiomonitora w celu obserwacji tętna, ciśnienia tętniczego krwi, poziomu saturacji, oddechu a także temperatury ciała. Wartości udokumentowano w karcie ścisłej obserwacji pacjenta. Podjęcie leczenia odbyło się w maksymalnie krótkim czasie ze względu na program „Inicjatywa Angels”, w którym udział bierze szpital, do którego trafił chory.

Proces pielęgnowania pacjenta w niedokrwiennym udarze mózgu w pierwszych dobach na SINN objętego programem „Inicjatywa Angels”

Problem pielęgnacyjny: Deficyt związany z obniżonym nastrojem oraz niepokojem pacjenta spowodowanym aktualnym stanem zdrowia i hospitalizacją w SINN.

Cel: Poprawa nastroju, zmniejszenie niepokoju u pacjenta. Wnikliwa obserwacja pod kontem ewentualnych objawów niepożądanych związanych z leczeniem trombolitycznym.

Planowane działania pielęgniarskie:

- Zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa.
- Kontrola parametrów życiowych, nieustanna obecność przy pacjencie.
- Informowanie pacjenta o wszystkich czynnościach leczniczych i pielęgnacyjnych.
- Przedstawienie pacjentowi możliwości kontaktu z psychologiem.
- Stworzenie przyjaznej atmosfery podczas spotkań pacjenta z rodziną.

Realizacja:

Prowadzono intensywny nadzór w celu wychwycenia wczesnych powikłań krwotocznych. Kontrolowano parametry życiowe według przyjętej procedury przez pierwsze

dwie godziny co 15 min., następne sześć godzin co 30 min., a przez kolejne 16 godzin co 1 godzinę, oceniano zabarwienie, ocieplenie powłok skórnych. Prowadzono obserwację pod kontem nagłego zblednięcia, pokrycia skóry potem, krwawienia ze śluzówek, krwawienia z miejsc wkłuc obwodowych i pęcherza moczowego. Oceniano stan świadomości pod kontem wystąpienia nagłego pobudzenia, dezorientacji, zaburzeń świadomości lub utraty przytomności. Podczas odwiedzin najbliższych u pacjenta wykonywano wyłącznie działania niezbędne. Stosowano parawan, tworząc intymne warunki. Przed przystąpieniem do wykonywania działań pielęgniarskich przeprowadzano rozmowę z pacjentem utrzymując z nim kontakt wzrokowy i uzyskując pozwolenie na przeprowadzanie zaplanowanych zabiegów. Okazywano pacjentowi zainteresowanie i troskę o jego stan zdrowia. Poinformowano pacjenta o możliwości umówienia go na wizytę z psychologiem. Chory jednak odmówił skorzystania z tej możliwości. Rodzinie pacjenta udzielono informacji na temat codziennych czynności pielęgnacyjnych, przy których mogą asystować choremu.

Ocena: Nastrój uległ poprawie, szczególnie podczas odwiedzin rodziny. Pacjent nie skorzystał z możliwości umówienia go na wizytę z psychologiem. Niepokój pacjenta całkowicie nie został wyeliminowany i wymaga dalszej obserwacji i kontynuowania podjętych już działań.

Problem pielęgnacyjny: Deficyt samoopieki w zakresie podstawowych czynności życiowych, spowodowany niedowładem połowicznym prawej strony ciała.

Cel: Udział czynny chorego w samoopiece oraz asystowanie i pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb dnia codziennego.

Planowane działania pielęgniarskie:

- Ocena stopnia możliwości wykonywania podstawowych czynności z życia codziennego wg Skali Barthel.
- Angażowanie pacjenta w czynności samoobsługowe w miarę jego aktualnych możliwości motorycznych i psychicznych.
- Angażowanie rodziny w asystowanie pacjentowi podczas codziennych czynności.
- Kompensowanie pacjentowi czynności, których nie jest w stanie wykonać ani się w nie zaangażować.
- Zaplanowanie działań z zakresu rehabilitacji i fizjoterapii, które będą profilaktyką powstawania przykurczy oraz pomogą w zmniejszeniu napięcia mięśniowego i poprawie siły mięśniowej.

Inicjatywy Angels. Opis przypadku

Realizacja: Chory otrzymał w skali Barthel 25 punktów-umiarkowany stopień zapotrzebowania na pomoc od osób trzecich. Pacjent angażował stronę, która nie została objęta niedowładem w pomoc przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych, zmianie pozycji ciała np. do pozycji siedzącej. Ustawiono stolik pacjenta po prawej stronie, w celu angażowania lewej strony. Podczas wykonywania toalety ciała pacjent wykonywał niektóre czynności takie jak umycie twarzy, czesanie włosów oraz pomagał przy zmianie bielizny osobistej. Wymagał natomiast całkowitej pomocy przy zmianie pampersa, wykonaniu toalety ciała, zmianie bielizny pościelowej. Podczas jedzenia pacjent samodzielnie zjadał kilka łyżek posiłku, jednak było to czasochłonne i męczące dla chorego, dlatego potrzebował pomocy w dokończeniu posiłku. Podejmowano czynny udział w procesie rehabilitacji i fizjoterapii pacjenta, w który angażowano również rodzinę chorego, tak aby mogła kontynuować usprawnianie po wyjściu ze szpitala w domu. Ćwiczenia bierne opierały się głównie na wykonywaniu kończynami sparaliżowanymi ruchów, które miały odwzorowywać prawidłowy zakres ruchu wykonywany kończyną sprawną (uginanie, prostowanie, przywodzenie, odwodzenie itd). Podczas usprawniania pacjenta pamiętano także o stronie nie objętej niedowładem, była poddawana ćwiczeniom czynnym. W trakcie wykonywania wszystkich czynności, w których pacjent brał czynny udział doceniano jego starania i postępy stosując pochwały.

Ocena: Pacjent chętnie współpracował podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych, w miarę swoich możliwości motorycznych, które stopniowo ulegały poprawie. Zaspokojono podstawowe potrzeby życiowe pacjenta.

Problem pielęgnacyjny: Deficyt związany z utrudnionym kontaktem słownym z pacjentem ze względu na występującą u niego dyzartrię, afazję ruchową.

Cel: Nawiązanie i podtrzymywanie kontaktu słownego z pacjentem.

Planowane działania pielęgnarskie:

- Okazywanie pacjentowi empatii, zrozumienia i cierpliwości podczas prób nawiązywania przez niego kontaktu werbalnego.

- Mówienie do pacjenta w sposób wyraźny i powolny, zwrócenie uwagi na to, aby pacjent nie tylko słyszał, ale również widział osobę z którą rozmawia.

- Stworzenie dogodnych warunków do kontaktu z pacjentem.
- Częste zaglądanie do pacjenta i podejmowanie rozmowy.
- Przedstawienie możliwości kontaktu z logopedą.

Realizacja: Podczas rozmowy z pacjentem nie zapomniano o stosowaniu komunikacji niewerbalnej - nawiązywano kontakt wzrokowy oraz stworzono optymalne warunki, które pozwalały na komfort w wypowiedaniu się mimo odczuwania przez pacjenta zawstydzienia w związku z niemożnością mówienia. Nie pośpieszono chorego w sytuacji, gdy trudno było mu dobrać słowa. Pytania i sformułowania, kierowane do pacjenta, były wypowiedane spokojnym tonem głosu, powtarzane kilka razy w przypadku braku reakcji bądź niezrozumienia. Formułowano pytania zamknięte, na które pacjent mógł odpowiadać pojedynczymi słowami lub gestami. Przeprowadzono rozmowę z bliskimi osobami pacjenta, na temat okazywania choremu empatii i cierpliwości oraz motywowania go do rozmowy. Poinformowano pacjenta o funkcjonującej w Szpitalu Poradni Logopedycznej, do której po zakończonej hospitalizacji może się udać w celu leczenia występujących u niego zaburzeń mowy.

Ocena: Pacjent chętniej podejmuje kontakt werbalny zarówno z rodziną jak i personelem medycznym. Chory odmówił skorzystania z usług logopedy, ponieważ nie czuł się w tym momencie na to gotowy, ale zadeklarował się do podjęcia terapii, gdy poczuje się lepiej.

Problem pielęgnacyjny: Deficyt związany z niechęcią przyjmowania posiłków, ze względu na występującą dysfagię, która może doprowadzić do wystąpienia niedoborów i niedożywienia.

Cel: Uniknięcie wystąpienia niedoborów żywieniowych i niedożywienia pacjenta.

Planowane działania pielęgniarские:

- Wprowadzenie zbilansowanej diety, bogatej w białko.
- Stosowanie diety cukrzycowej, w celu unormowania poziomów glikemii pacjenta.
- Podawanie diety w formie papkowej, w celu ułatwienia połykania.
- Zachęcanie i motywowanie do podjęcia samodzielnego jedzenia.
- Zadbanie o komfort i wygodę pacjenta podczas spożywania posiłków.

Realizacja: Zadbano o prawidłową pozycję ciała podczas jedzenia, zastosowano pozycję siedzącą zwracając uwagę na zabezpieczenie pacjenta przed ewentualnym upadkiem lub zsunięciem. Skontrolowano temperaturę posiłku. Każdorazowo podawano pacjentowi wodę po skończonym jedzeniu, którą pił samodzielnie. Pacjent otrzymywał dietę cukrzycową w formie papkowej, dobrze ją tolerował, nie występowały żadne dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Zmotywowano chorego do samodzielnego zjedzenia kilku łyżek z każdego posiłku w ciągu dnia, w celu zaangażowania go w wykonywanie czynności codziennych. Pomagano pacjentowi w spożyciu pozostałej części posiłku karmiąc go - zgłaszane zmęczenie. Podczas karmienia pacjenta zwrócono uwagę na używanie obu stron ust

do pobierania i połykania pokarmu, aby aktywizować stronę z niedowładem. Pomiedzy posiłkami podawano choremu Nutridrinki, które pił samodzielnie za pomocą słomki.

Ocena: U pacjenta nie wystąpiły niedobory żywieniowe i niedożywienie. Chory zaczął chętniej jeść i angażował się w samodzielne spożywanie posiłków. Zadbano o odpowiednią podaż białka i nawodnienie. Chory nie wymagał założenia sondy żołądkowej.

DYSKUSJA

Wzorcowe ośrodki udarowe działają na podstawie wytycznych postępowania w udarze mózgu, jednak warto wspomnieć o Inicjatywie Angels, która koncentruje się na monitoringu jakości leczenia opartym na nowoczesnym stosowaniu standardów opieki udarowej. Coraz więcej placówek dołącza do Inicjatywy dostrzegając zalety wsparcia i mobilizacji do jak najszybszego podjęcia leczenia osób z udarem mózgu [12]. Opieka pielęgniarska nad pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu z zastosowaniem procedury trombolizy wymaga zaangażowania zespołowego. Na pierwszy plan wysuwa się przestrzeganie zasad i standardów. Takie badania przeprowadzili tureccy naukowcy, którzy potwierdzili konieczność uzupełniania i odświeżania wiedzy na temat postępowania w udarze niedokrwiennym mózgu [13]. Podobne zdanie ma Skrocka i Czeczulewska, które dostrzegają nie tylko ważny aspekt postępowania z aktualnymi doniesieniami naukowymi, ale również wskazują na rolę zespołu terapeutycznego, w którym widzą zastęp specjalistów: lekarza neurologa, pielęgniarki, logopedów oraz konsultantów z szeregu innych dziedzin w zależności od deficytów chorego [11]. Nonnenmacher i wsp. wskazują na istotny element zastosowania taksonomii NIC (Klasyfikacji Interwencji Pielęgniarskich) w celu ułatwienia doboru interwencji dla poszczególnych problemów klinicznych. Badacze wskazują na obszar opieki pielęgniarskiej po leczeniu trombolitycznym wymagającym uzupełnienia [14]. Na uwagę zasługuje problem związany z zapewnieniem pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i zmniejszenia lęku towarzyszącemu wykonywaniu priorytetowych zadań pielęgniarskich takich jak np. pomiar i obserwacja parametrów życiowych. Nonnenmacher i wsp. wskazują za Millerem i Summersem, że zbyt mało uwagi poświęca się edukacji pacjenta i rodziny wskazując na ten aspekt jako priorytetowe działanie w praktyce pielęgniarskiej. Lęk i niepokój może być zmniejszony, wyeliminowany w czasie dialogu. Rozmowa z pacjentem i jego bliskimi aktywuje obie strony do współpracy, jednocześnie do przyspieszenia procesu terapeutycznego i usprawnienia [14]. Wydaje się, że ten problem dostrzegają liczni autorzy, jednak waga jego bywa różnie postrzegana. Autorki Bajor i Andrzejczyk umiejscowiły problemy komunikacyjne i niepokój związany z chorobą i

hospitalizacją na ostatnich pozycjach w procesie pielęgnowania [6]. Okazuje się, że jednak ten wątek jest niezwykle ważny, podkreślają to autorzy wytycznych postępowania w udarze mózgu. Twierdzą oni, że zanim wdroży się leczenie trombolityczne wobec pacjenta w kontakcie słowno-logicznym zaleca się poinformowanie go o charakterze choroby oraz możliwościach terapeutycznych. W odniesieniu do pacjenta nieprzytomnego lub z głęboką afazją, takie informacje powinny trafić do członków rodziny lub opiekuna pacjenta [8].

W świetle przedstawionych opinii należy zastanowić się nad wdrażaniem informacji nie tylko bezpośrednio dla zespołu terapeutycznego. Należy informować społeczeństwo o istotnym zagrożeniu przedstawioną jednostką chorobową szczególnie w kierunku pacjenta z grupy ryzyka zwracając uwagę na wiek, styl życia, aktywność fizyczną, dietę i używki. Zatem na pierwszy plan wysuwa się rola pielęgniarki jako edukatora. Potwierdza to Skrocka i Czeczulewska. Na świadomość społeczną zwraca uwagę również zespół autorów wytycznych postępowania w udarze mózgu. Podkreślają oni niski procent społeczeństwa, który potrafi rozpoznać objawy UM dostrzegają problem osób starszych, którzy otrzymują pomoc zbyt późno. Różne formy informacyjne powinny trafiać do społeczeństwa. Badacze podkreślają, że taka wiedza powinna obowiązywać już wśród dzieci i młodzieży [8]. Wracając do Inicjatywy Angels tutaj również pojawia się aspekt edukacyjny w postaci poradnika dla rodzin opiekujących się chorym w domu. Poradnik w formie książki pod tytułem „Opieka udarowa w domu” zawiera informacje dotyczące prawidłowej pielęgnacji pacjenta. Książka jest napisana prostym i zrozumiałym językiem. Opiekun dowiadyuje się czym jest udar mózgu, jakie problemy wynikają z choroby oraz jak istotne jest leczenie chorego. Wiadomości z tego zakresu umożliwiają bliskim chorego zrozumieć istotę choroby oraz wyjaśniają obecność konkretnych objawów, a co za tym idzie problemy pielęgnacyjne [12]. Edukacja rodziny w ten sposób jest dodatkowym wsparciem dla zespołu terapeutycznego.

WNIOSKI

1. Zapewnienie optymalnego modelu opieki pielęgniarskiej od pierwszych godzin po wystąpieniu niedokrwiennego udaru mózgowego przyczynia się do powrotu utraconych funkcji ruchowych oraz zapobiega powikłaniom ogólnoustrojowym związanym z unieruchomieniem i zastosowanym leczeniem fibrynolitycznym.
2. Zapewniając optymalną opiekę pielęgniarską należy jednocześnie uwzględnić udzielenie wsparcia psychicznego ze względu na dominujący problem pielęgnacyjny związany z niepokojem i lękiem pacjenta.

**Opieka pielęgniarska nad pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu z uwzględnieniem procedur
Inicjatywy Angels. Opis przypadku**

3. Pielęgniarka oprócz szerokiego zakresu obowiązków związanych ze sprawowaną opieką udziela wskazówek edukacyjnych na temat czynników ryzyka, prozdrowotnego stylu życia i dalszego postępowania po okresie hospitalizacji.

PIŚMIENNICTWO

1. 10 najczęstszych przyczyn śmierci, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (data pobrania 14.08.2023).
2. Osborn A., Hedlung G., Salzman K.: Mózgowie, obrazowanie, anatomia i patologia. Medipage, Warszawa 2021, 208-217.
3. Główne przyczyny zgonów na świecie w 2019 roku <https://www.statista.com/statistics/288839/leading-causes-of-death-worldwide/2.08.2023>.
4. Kraft P.(red.): Udar mózgu. Wyd. Edra Urban&Partner, Wrocław 2018.
5. Jaracz K., Domitrz I. (red.): Pielęgniarstwo neurologiczne. Wyd. PZWL, Warszawa 2019.
6. Bajor K., Andrzejczyk P.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem po przebyтым udarze niedokrwiennym mózgu – studium przypadku. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2019; 8(2): 73.
7. Sosada K.: Ostre stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych. Wyd. PZWL, Warszawa 2019.
8. Błażejewska-Hyżorek B., Czernuszenko A. Członkowska A. i wsp.: Wytyczne postępowania w udarze mózgu. Polski Przegląd Neurologiczny 2019; 15(1): 156.
9. Lindsay K., Bone I., Fuller G.: Neurologia i neurochirurgia. Edra Urban & Partner, Wrocław 2021.
10. Adamczyk-Hudzik M., Kaczmarek-Bąk J., Plucińska A., Pawełczyk M., Głabiński A.: Trombektomia- nowa nadzieja w leczeniu udaru niedokrwiennego mózgu. Aktualn. Neurol. 2018; 18(3): 138-143.
11. Skrocka E., Czezelewska E.: Udar niedokrwienny mózgu leczony trombolitycznie- problemy pielęgnacyjne [w:] Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo, Kilańska Dorota (RED.). Wyd. PZWL, Warszawa 2021.
12. 17 minut na pomoc pacjentowi z udarem, <https://politykazdrowotna.com/arttykul/zielonogorski-szpital/90133> (datapobrania14.08.2023).

**Opieka pielęgniarska nad pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu z uwzględnieniem procedur
Inicjatywy Angels. Opis przypadku**

13. Karadeniz H, Yılmaz NM.: Evaluation of Nurses' Knowledge Levels on Evidence-based Acute Stroke. *Turkish Journal of Neurology* 2021; 27(4): 417–425.
14. Nonnenmacher CL, Ávila CW, Mantovani VM, Vargas MA, Echer IC, Lucena A.: Cross Mapping Between the Priority Nursing Care for Stroke Patients Treated With Thrombolytic Therapy and the Nursing Interventions Classification (NIC). *International Journal of Nursing Knowledge* 2017; 28(4): 171–177.

Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego

**Bożena Ewa Kopcych¹, Aldona Szczerba², Elżbieta Ortman¹, Katarzyna Snarska³,
Joanna Aulich Hoffmann⁴, Monika Lato-Pawłowska⁴**

1. Zakład Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Łomżyńska
2. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Akademii Łomżyńskiej.
3. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Zakład Pielęgniarstwa Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski w Zielonej Górze

WSTĘP

W dobie intensywnego uprzemysłowienia i urbanizacji, zmianie stylu życia i nadmiernego korzystania z dobrodziejstw współczesności przyczyniamy się do rozwoju wielu chorób nowotworowych. Rak pęcherza moczowego jest konsekwentnym i bezlitosnym zabójcą. W Europie, umiera prawie 100 tys. Pacjentów [1]. Ważnym czynnikiem zwalczania chorób nowotworowych są działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki realizowane przez personel medyczny w tym również pielęgniarki rodzinne. W ramach profilaktyki pielęgniarki winne prowadzić edukację zdrowotną wśród swoich podopiecznych, poprzez propagowanie zdrowego stylu życia, prawidłowych nawyków żywieniowych, zachęcając do uczestnictwa w badaniach przesiewowych oraz dbać o środowisko w którym żyjemy [2, 3]. Przekazując potrzebne informacje i instrukcje, pielęgniarka rodzinna w pozytywny sposób może wpłynąć na zachowania zdrowotne i styl życia swoich pacjentów, ponieważ w wielu przypadkach nowotworów urologicznych możemy istotnie wpłynąć na zmniejszenie czynników ryzyka. Dotyczy to także raka pęcherza moczowego [3]. Rak pęcherza moczowego to nowotwór, który bardzo często rozpoznawany jest w zaawansowanym stadium, dlatego tak ważna jest edukacja zdrowotna ukierunkowana na wskazanie i eliminację czynników jego ryzyka. Podstawą do zaplanowania postępowania profilaktycznego skierowanego do szerokiej liczby osób jest poznanie czynników ryzyka zachorowania na raka pęcherza moczowego oraz ocena poziomu wiedzy na ten temat wśród samych pacjentów.

**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**

CEL PRACY

Celem pracy było poznanie poziomu wiedzy pacjentów z rozpoznaniem raka pęcherza moczowego z zakresu modyfikowalnych czynników ryzyka.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięło udział 100 pacjentów objętych opieką urologiczną u których zdiagnozowano raka pęcherza moczowego. Posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety, który składał się z 23 pytań oraz metryczki. Kwestionariusz ankiety został opracowany na podstawie dostępnego piśmiennictwa z zakresu czynników ryzyka raka pęcherza moczowego oraz zakresu funkcji zawodowej pielęgniarki z promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Badania przeprowadzono zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej. Każdy pacjent zaproszony do udziału w badaniu został poinformowany o celu badań oraz zapewniony o całkowitej anonimowości przebiegu procesu badawczego i zgromadzonych danych, jak również o możliwości wycofania się z udziału w badaniach. Pytania sprecyzowane w sposób klarowny, tak aby były zrozumiałe dla każdego pacjenta. Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych oraz Dyrektora Szpitala.

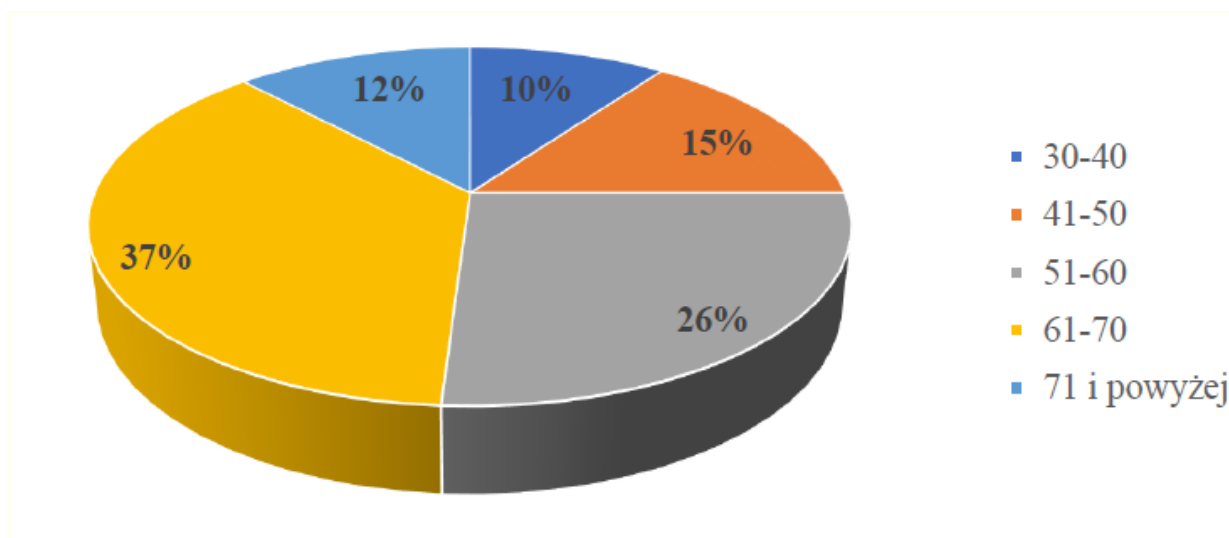
WYNIKI

Analiza metryczkowa

W badaniu wzięło udział 100 pacjentów, z czego 53% stanowili mężczyźni, pozostałe 47% to kobiety. Osoby, które zdecydowały się na udział w badaniu to pacjenci z rakiem pęcherza moczowego, objęci opieką poradni urologicznej lub przebywający na oddziale urologicznym.

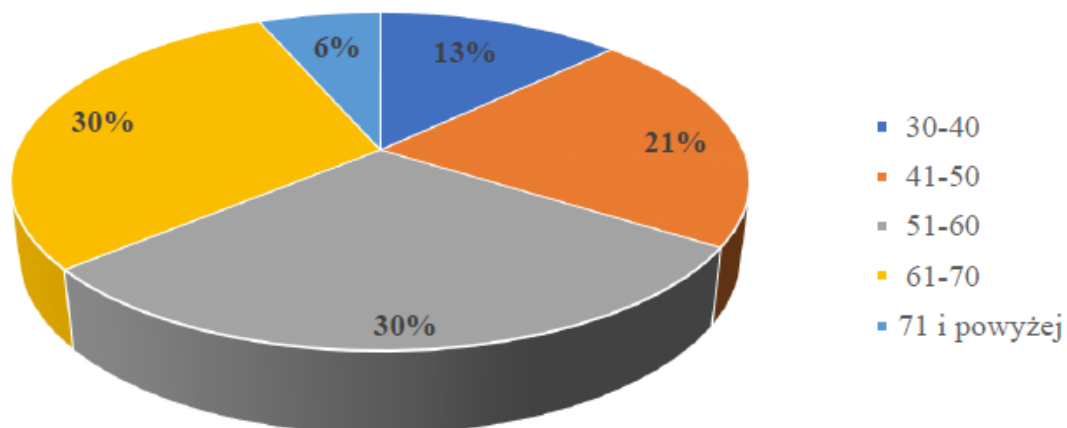
Największą grupę wiekową stanowiły osoby w przedziale wiekowym 61-70 lat, (37% badanych). Drugą co do wielkości grupę stanowili pacjenci w wieku 51-60 lat 26% respondentów. 15% ankietowanych to osoby w przedziale wiekowym 41-50 lat. Na wiek powyżej 71 lat wskazało 12% badanych. Najmniej liczną grupę stanowili pacjenci w wieku 30-40 lat, 10%. Dane obrazuje Rycina 1

**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**



Rycina 1. Rozkład wieku ankietowanych

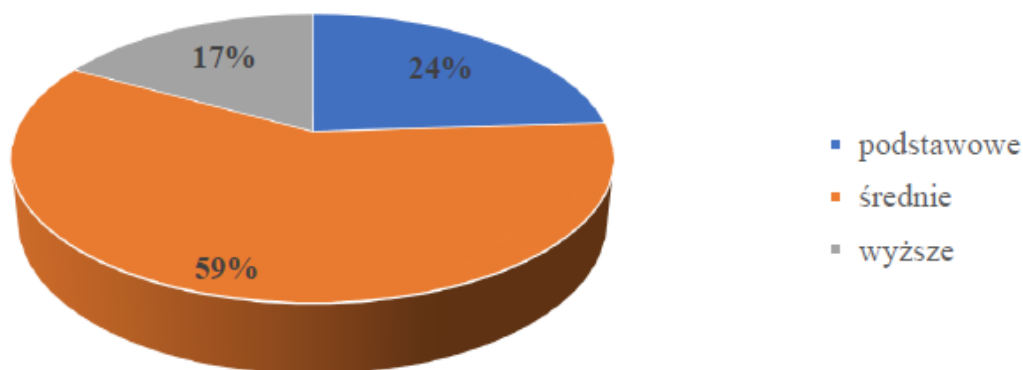
Analizując grupę kobiet możemy zauważyć, że panie w przedziale wiekowym 51-60 i 61-70 lat, stanowiły po 30% rozpoznań. Kobiet w wieku 41-50 było 21% z kolei w wieku 30-40 lat - 13% natomiast w wieku powyżej 71lat – 6% respondentek. Z badania wynika, że najmniejszą grupę stanowią panie w wieku powyżej 71lat, czyli te, które znajdują się w grupie największego ryzyka, jeżeli chodzi o zachorowalność na raka pęcherza moczowego. Panie w wieku 30-40 lat stanowią liczną grupę, szczególnie gdy weźmie się pod uwagę, że ta jednostka chorobowa bardzo rzadko dotyka tak młode osoby (Rycina 2).



Rycina 2. Rozkład zachorowań w grupie badanych kobiet

Podział ankietowanych ze względu na wykształcenie przedstawia Rycina 3 z której wynika, że 17% osób objętych badaniem posiada wykształcenie wyższe. Respondenci z wykształceniem średnim stanowią 59 % oraz podstawowe posiadało 4,7%.

**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**



Rycina 3. Wykształcenie ankietowanych

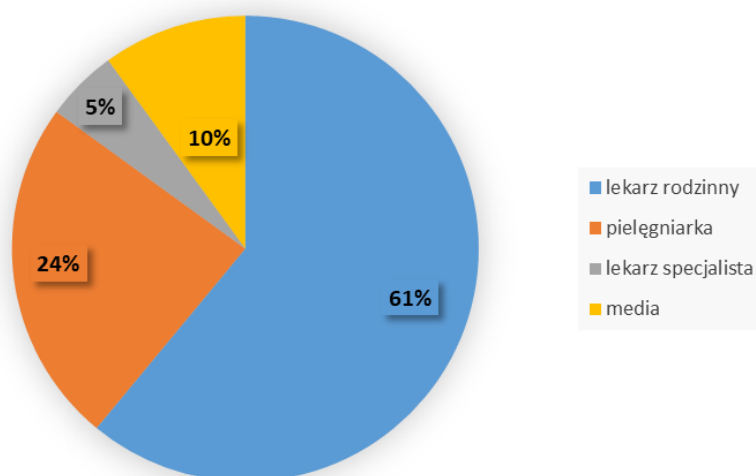
Badani w większości to mieszkańcy miast do 150 tys. mieszkańców-47% respondentów. 31% ankietowanych to mieszkańcy małych miast do 30 tys. mieszkańców. Trzecią co do liczebności grupę stanowiły mieszkańcy wsi 20% badanych. 2% ankietowanych to osoby zamieszkujące duże miasto powyżej 150 tys. mieszkańców.

Kolejne pytanie dotyczyło rodzaju wykonywanej przez respondentów pracy. Największa część pacjentów pracuje fizyczno-umysłowo - 35% badanych. Pracę fizyczną wykonuje 33% ankietowanych oraz osoby pracujący umysłowo - 19%. Najmniejszą część badanych stanowią osoby nie pracujące - 13% ankietowanych.

Analiza szczegółowa

Edukacja zdrowotna

Osoba odpowiedzialna za edukację zdrowotną w zakresie profilaktyki raka pęcherza moczowego w opinii respondentów to lekarz rodzinny $n = 61$, pielęgniarka $n = 24$, lekarz specjalista $n = 5$, media $n = 10$ (Rycina 4).



Rycina 4. Opinia badanych na temat osób odpowiedzialnych za edukację zdrowotną

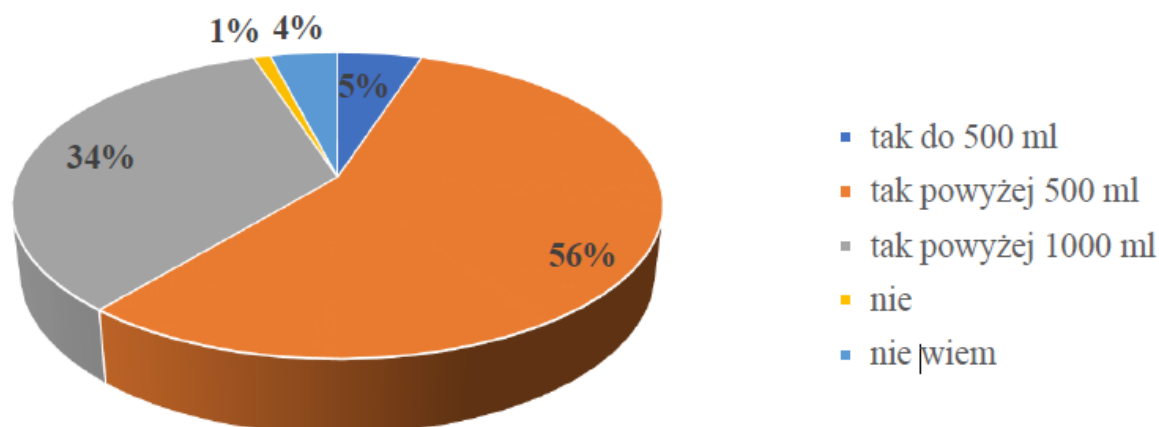
**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**

Istotnym elementem w edukacji i profilaktyce zdrowotnej jest forma przekazu. Badani pacjenci opowiedzieli się za indywidualnym wręczaniem zaproszeń na badania profilaktyczne n = 57, pogadanki n = 36, wręczanie broszur informacyjnych n = 7. Analizując stopień świadomości zdrowotnej pacjentów zauważono, że dominował wśród nich pogląd, iż człowiek sam w największym stopniu odpowiedzialny jest za swoje zdrowie. Takiej odpowiedzi udzieliło 79% badanych, pozostali 21% wskazali służbę zdrowia.

Czynniki modyfikowalne - Dienne spożycie płynów

Czy ilość wypijanych płynów ma to wpływ na profilaktykę raka pęcherza moczowego?

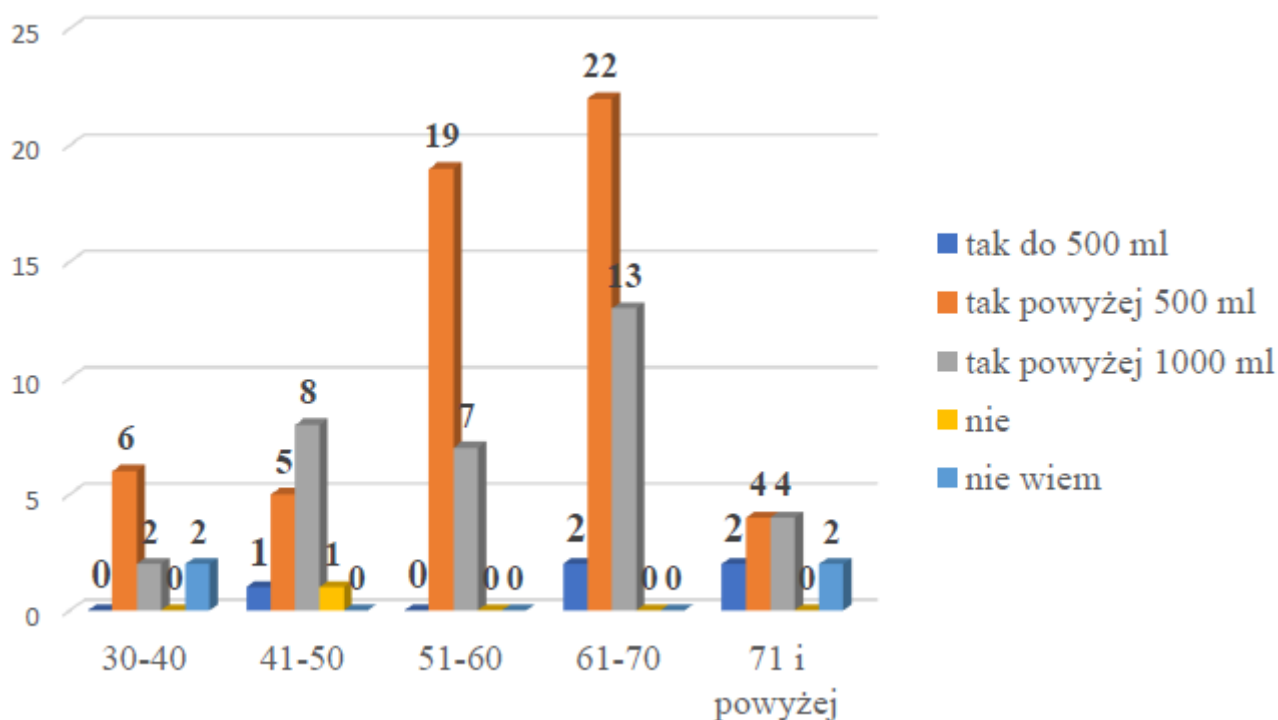
56% wybrała odpowiedź „tak powyżej 500 ml”, tylko 34% ankietowych wskazało „tak powyżej 1000 ml” co jest odpowiedzią prawidłową., 1% ankietowanych stwierdziło, że nie ma znaczenia ilość wypijanych płynów (Rycina 5).



Rycina 5. Dienne spożycie płynów a wpływ na profilaktykę raka pęcherza moczowego

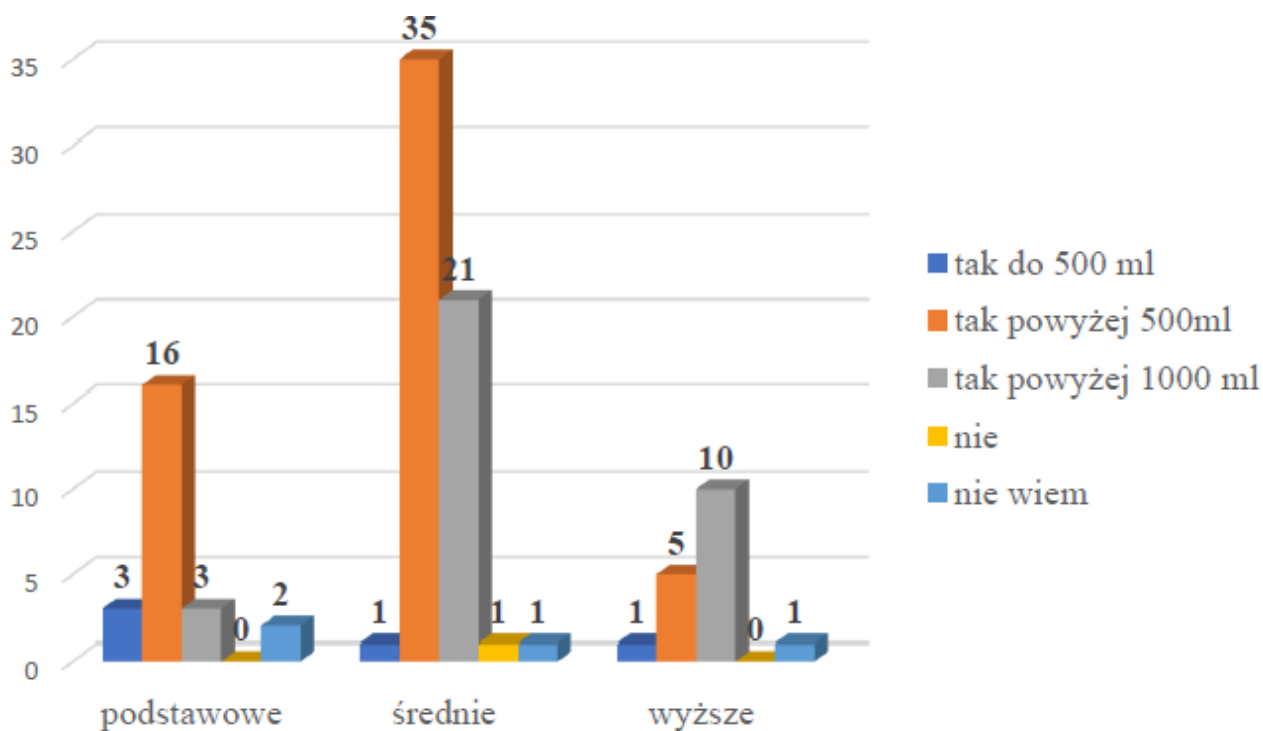
Rozkład odpowiedzi na pytanie o zalecana ilość powyżej 1000 ml wypijanych płynów z podziałem na wiek obrazuje Rycina 6.

**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**



Rycina 6. Płynoterapia w profilaktyce raka pęcherza moczowego z różnicowaniem na wiek

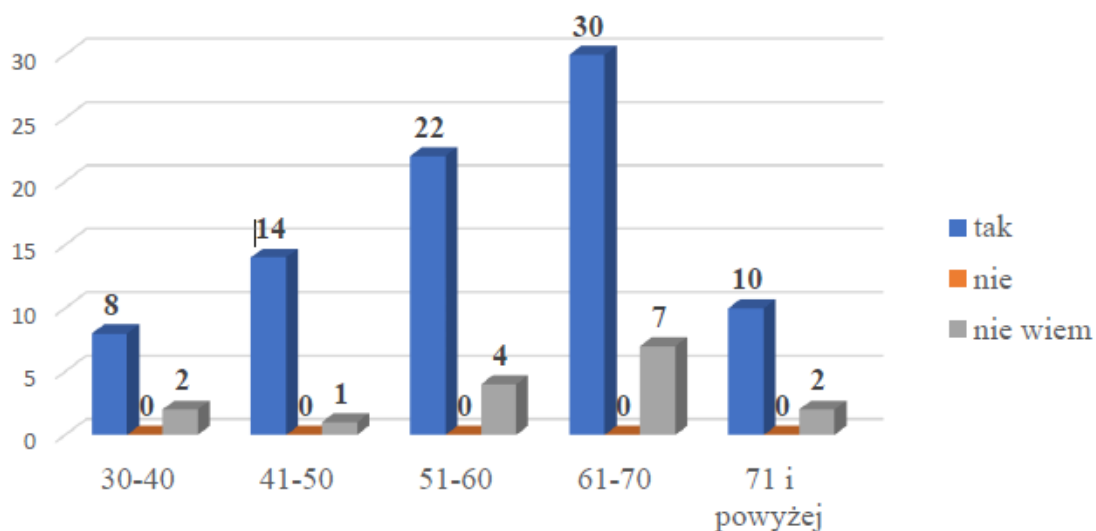
Z badań własnych wynika, że największą świadomość posiadają pacjenci z wykształceniem wyższym 58,8% (n =17), osoby z wykształceniem średnim poprawnie udzieliły odpowiedzi 35,6% (n=59), respondenci z podstawowym wykształceniem prawidłowo wskazali 12,5% (n=3). Dane obrazuje Rycina 7.



Rycina 7. Dzielne spożycie płynów w odniesieniu do wykształcenia

**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**

Istotne znaczenie w profilaktyce ma zakaz spożywania wody ze źródeł niewiadomego pochodzenia, zanieczyszczonej związkami metali. Tak wskazało 84% badanych. Brak wiedzy wskazało 16% badanych. Najwyższy poziom wiedzy wykazały osoby w przedziale wiekowym 51-60 (22%) i 61-70 lat (30), najniższy w przedziale wiekowym 30-40 lat (Rycina 8).

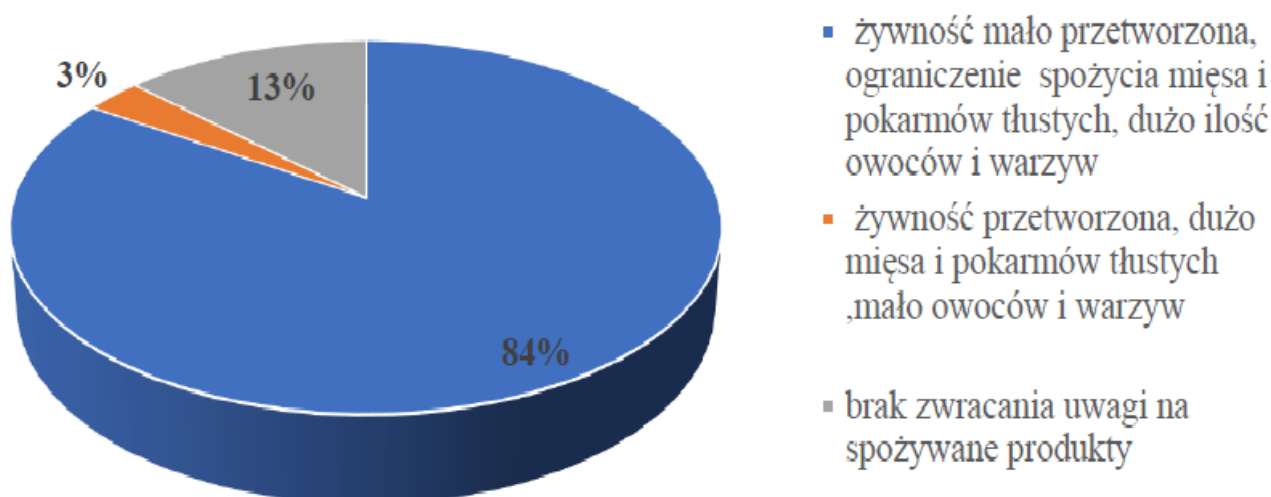


Rycina 8. Wypijanie niefiltrowanej wody jako element ryzyka raka pęcherza moczowego

Czynniki modyfikowalne - odżywianie

Racjonalnie odżywianie z wykorzystaniem żywności mało przetworzonej z dużą ilością warzyw i owoców jako właściwe w profilaktyce wskazało – 84% badanych, 13% nie zwraca uwagi przy wyborze i spożywaniu produktów żywnościowych. 3% ankietowanych uważa, że dieta, która może ograniczyć zachorowalność na raka pęcherza moczowego składa się z przetworzonej żywności oraz małej ilości warzyw i owoców (Rycina 9).

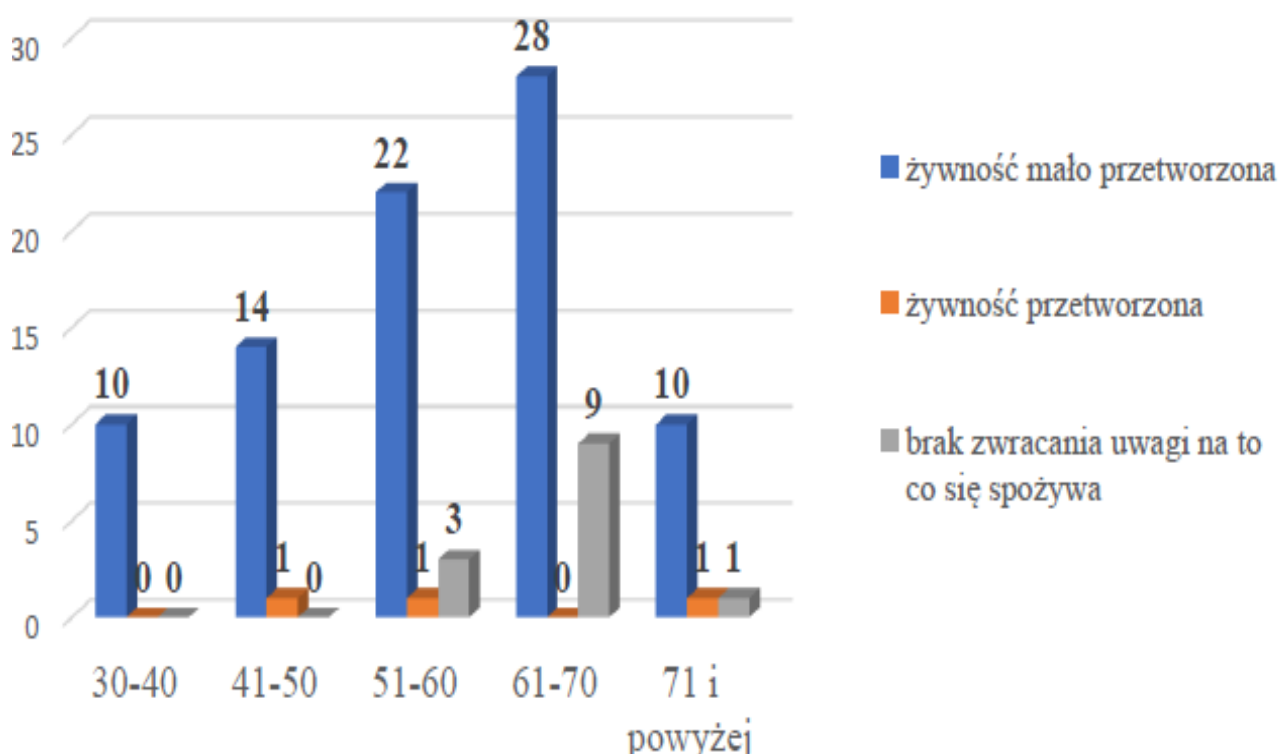
**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**



Rycina 9. Wpływ diety na zachorowalność na raka pęcherza moczowego

Z uwagi na wiek, prawidłowej odpowiedzi udzieliło najwięcej osób w przedziale wiekowym 61-70 lat, 28 osób. Drugą najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 51-60 lat, 22 respondentów, wśród najmłodszych pacjentów, w wieku 30-40 lat wszyscy wybrali prawidłową odpowiedź. Wśród ankietowanych w wieku 41-50 lat, 14 z nich wybrało odpowiedź poprawną. W grupie najstarszych pacjentów świadomość odpowiedniej diety jest bardzo wysoka, 10 osób zaznaczyło prawidłową odpowiedź.

Dane obrazuje Rycina 10.

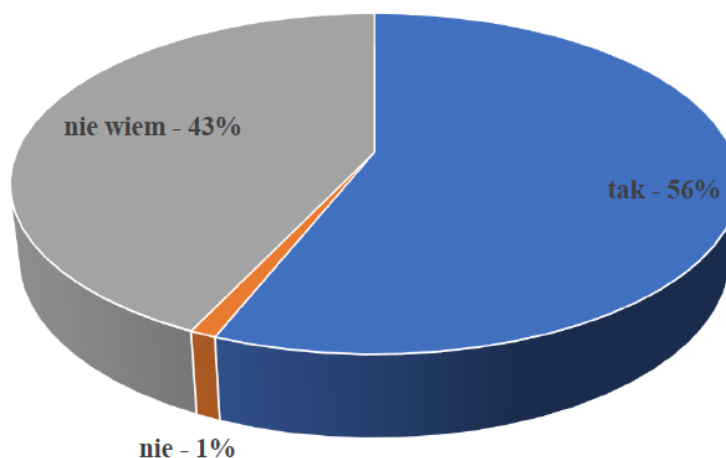


Rycina 10. Świadomość w zakresie diety ograniczającej zachorowalność na raka pęcherza moczowego z uwagi na wiek pacjentów

**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**

Czynniki modyfikowalne – Niesteroidowe leki przeciwzapalne

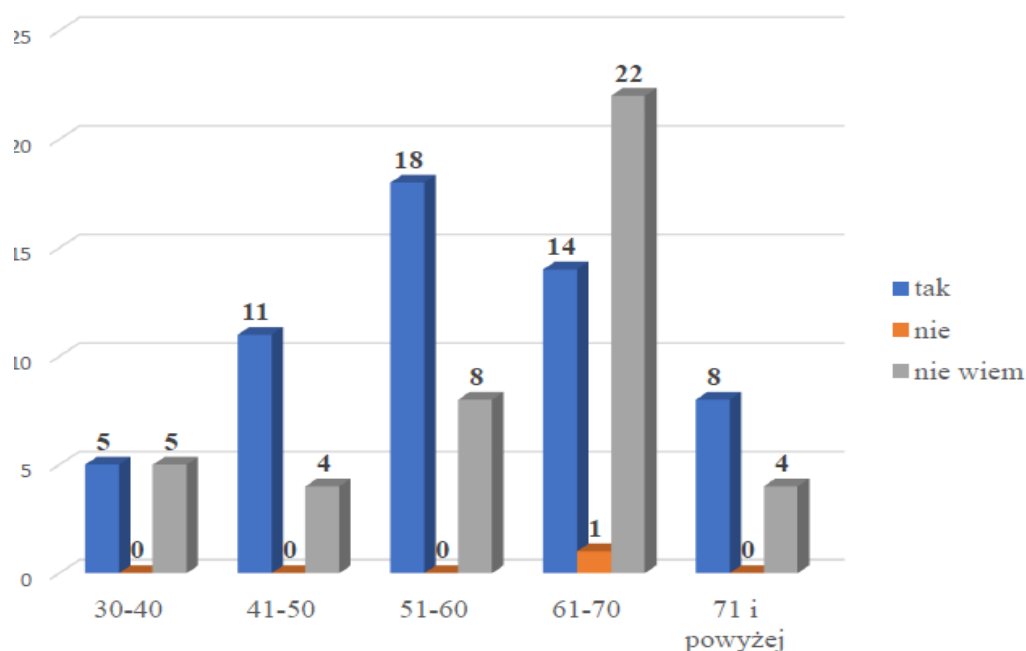
Ponad połowa respondentów 56% wskazała zależność wiążącą się z przyjmowanymi farmaceutykami na rozwój raka pęcherza moczowego. 43% badanych nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi dotyczącej wpływu leków na rozwój choroby. 1 % badanych stwierdził jednoznacznie, że farmaceutyki nie wpływają na rozwój raka pęcherza moczowego (Rycina 11).



Rycina 11. Nadużywanie farmaceutyków a wpływ na zachorowalność na raka pęcherza moczowego

Najwyższy poziom świadomości z zakresu wpływu nadużywania farmaceutyków z podziałem na wiek posiadała grupa wiekowa 41-50 lat 15 osób (73,3%), najniższy w grupie 61-70 lat 14 respondentów (37,8%). Dane przedstawia Rycina 12

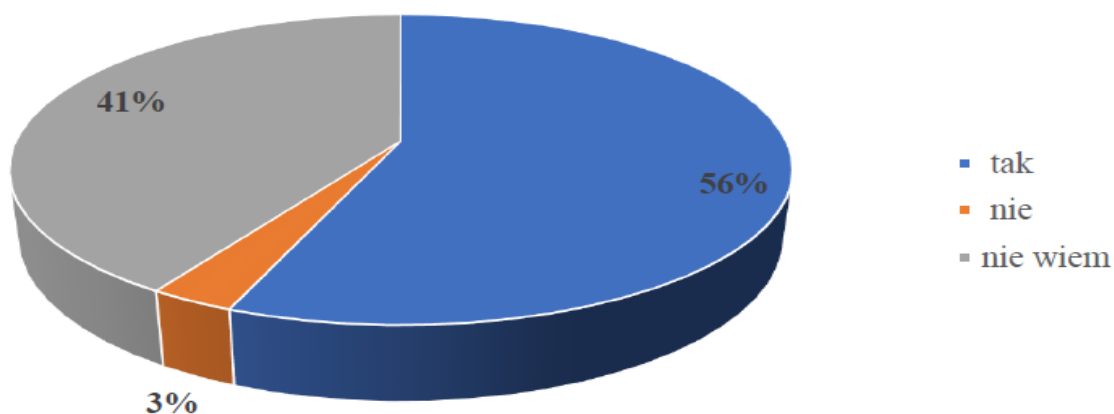
**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**



Rycina 12. Świadomość pacjentów w zakresie wpływu nadużywania farmaceutyków z podziałem na wiek

Czynniki modyfikowalne – Choroby pasożytnicze

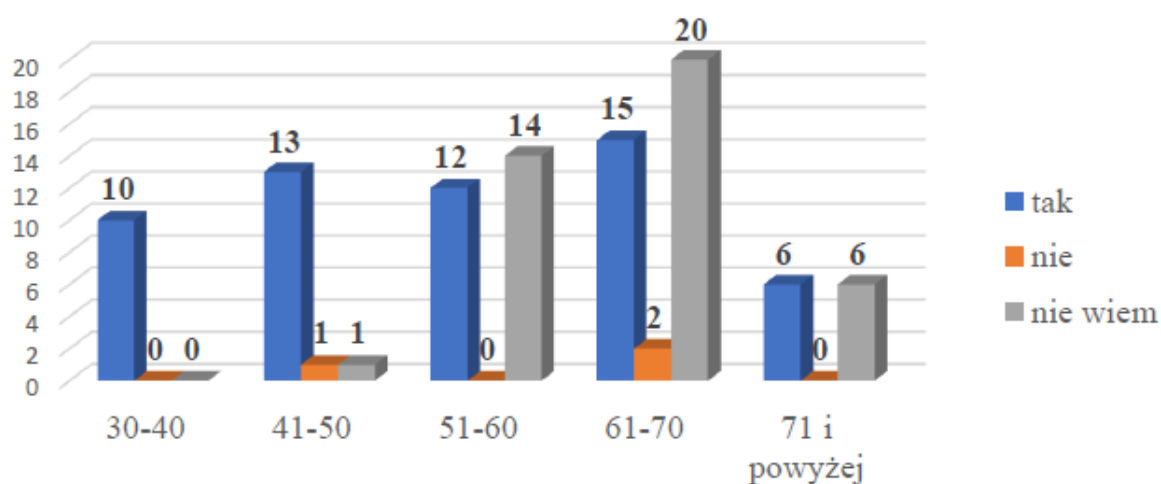
Respondentów zapytano o wiedzę w zakresie ryzyka zarażenia się przywrami w czasie podróży do krajów tropikalnych. Zdecydowana większość respondentów 56% posiadała wiedzę o chorobach pasożytniczych.. Wiedzy tej nie posiadało 3% badanych. 41% na to pytanie nie potrafiło odpowiedzieć – co jest wskazówką dla personelu medycznego do podjęcia działań edukacyjnych (Rycina 13).



Rycina 13. Świadomość zachorowania na choroby pasożytnicze wywołane przez przywry

**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**

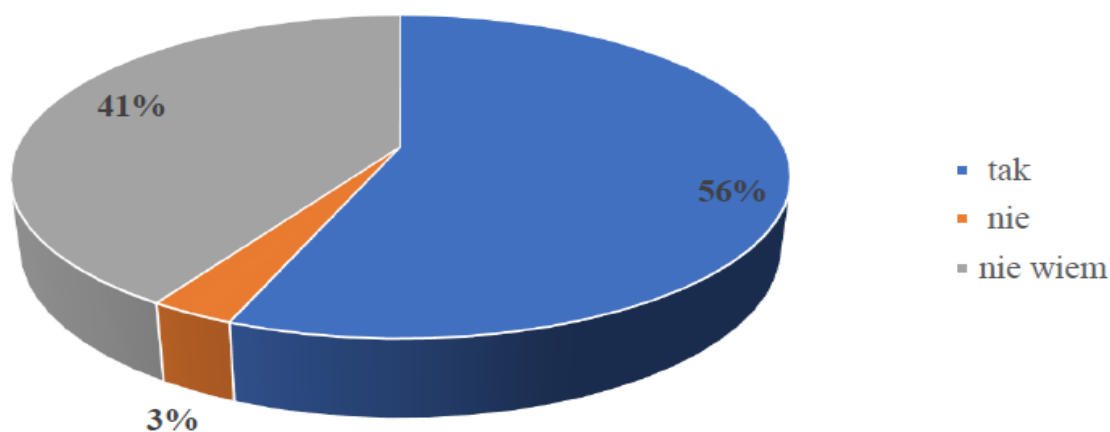
Grupa 30 - 40 lat w 100 % posiada wiedzę o wpływie przywr na rozwój raka pęcherza moczowego. W grupie osób w wieku 41-50 lat, 13 ankietowanych wybrało odpowiedź pozytywną. Wśród 51-60 latków aż 21 osób wybrało odpowiedź „nie wiem”, z kolei 12 odpowiedź „tak”. Największy poziom wiedzy na ten temat posiadają najmłodszy pacjenci, w pozostałych grupach świadomość jest niska. Rozkład odpowiedzi przedstawia Rycina 14.



Rycina 14. Świadomość pacjentów dotycząca wpływu zakażenia przywrami z uwagi na wiek

Czynniki modyfikowalne – Palenie tytoniu

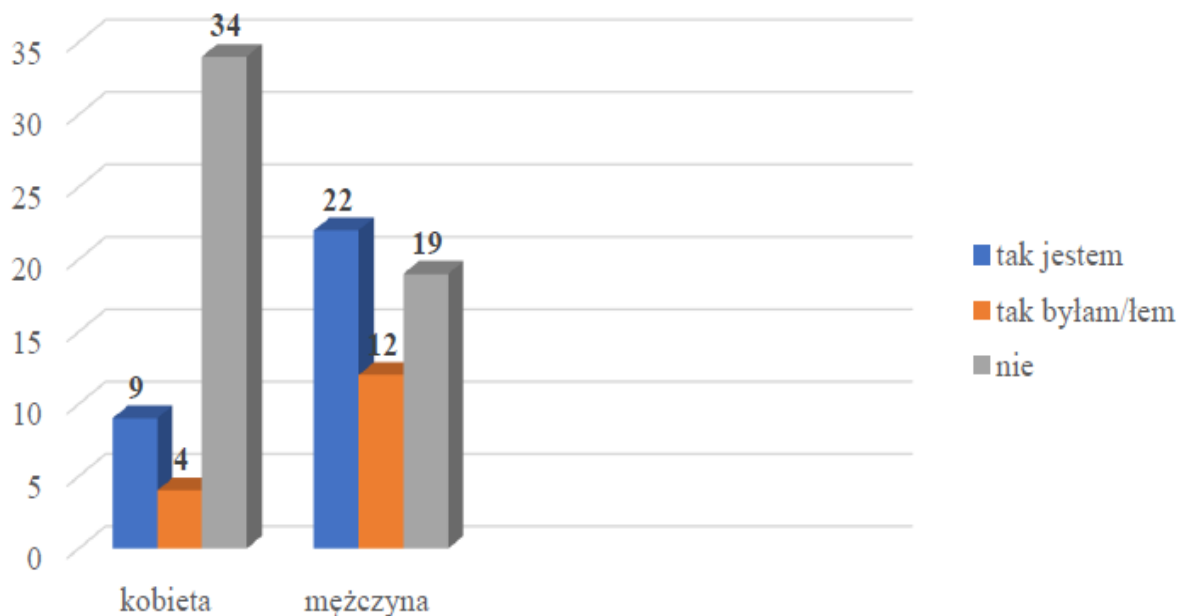
Respondenci w ponad połowie badanych (56%) wskazali eliminację używek i rezygnację z nałogów jako ważny czynnik ryzyka raka pęcherza moczowego. Z kolei 34% grupy badanych, przypisuje tylko palenie tytoniu. Jedynie 2% pacjentów wybrało odpowiedź „inne”, przy niej była możliwość dopisania wybranych przez siebie czynników ryzyka, które nie znalazły się na liście, jednak nikt nie wymienił żadnej innej możliwości (Rycina 15).



Rycina 15. Wpływ używek na zachorowalność na raka pęcherza moczowego

**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**

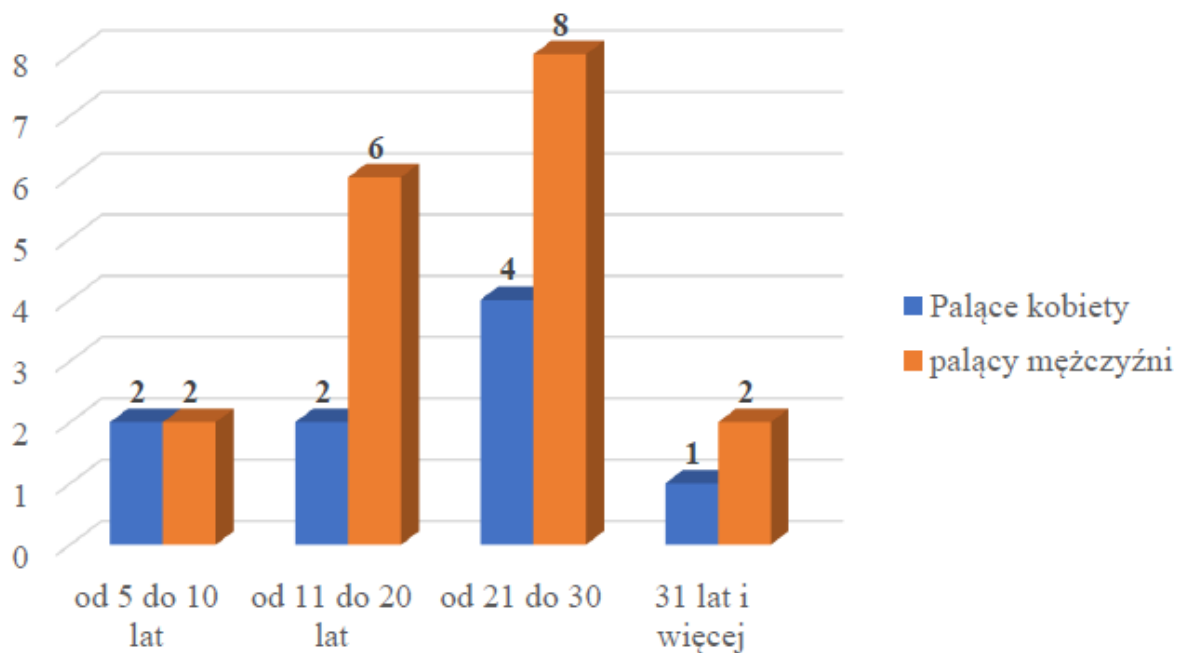
Palenie tytoniu jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka, w zachorowalności na raka pęcherza moczowego. Wśród kobiet jedynie 9 z nich obecnie pali papierosy, 4 paliły w przeszłości, natomiast 34 nie paliły nigdy. W przypadku mężczyzn, 22 z nich to osoby palące, 12 panów paliło w przeszłości natomiast 19 nigdy nie było nałogowymi palaczami (Rycina 16).



Rycina 16. Palenie papierosów wśród ankietowanych

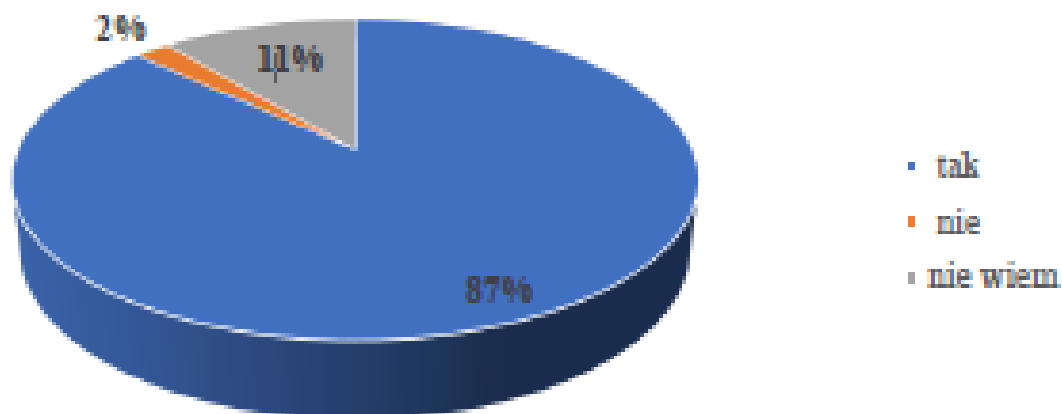
Osoby, które zaznaczyły, że palą wyroby tytoniowe poproszono by wskazali od ilu lat są związani z tym nałogiem. W przypadku kobiet największą grupę stanowią osoby, które palą od 21 do 30 lat, 4 kobiety. W przedziale od 5 - 10 lat oraz od 11 - 20 są to 2 kobiety. Jedna wskazała, że pali papierosy powyżej 31 lat. Wśród mężczyzn po 2 panów pali od 5 - 10 lat i powyżej 31 lat. Sześciu panów pali papierosy od 11 - 20 lat natomiast 8 - 21 do 30. W przypadku mężczyzn mniej niż połowa pali papierosy, w przypadku kobiet liczba ta jest jeszcze mniejsza gdyż do nałogu przyznaje się jedynie 9 pań. Zdecydowana większość osób palących – 86% była w pełni świadoma wpływu nikotyny na własne zdrowie. Pozostałe 14% czynnych palaczy, nie potrafiło zdecydowanie określić wpływu nikotynizmu na zachorowanie na raka (Rycina 17).

**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**



Rycina 17. Okres palenia wśród kobiet i mężczyzn w z podziałem na wiek

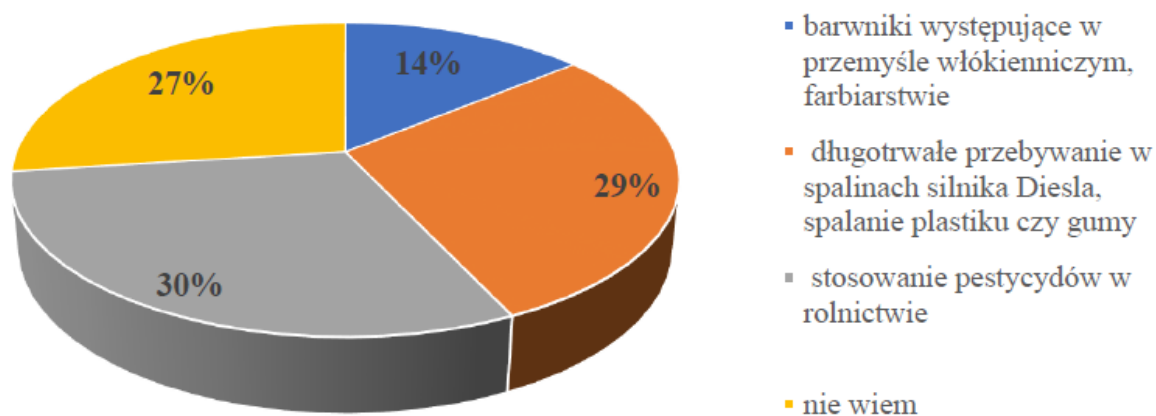
W kolejnym pytaniu respondenci zostali zapytani czy według nich bycie biernym palaczem może zwiększać ryzyko zachorowania na raka pęcherza moczowego? Wśród ankietowanych najczęściej osób udzieliło odpowiedzi twierdzącej, stanowili oni aż 87% badanych. Z kolei 11% badanych wybrało odpowiedź „nie wiem”. Zaledwie 2% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź negatywną (Rycina 18).



Rycina 18. Wpływ biernego palenia na zachorowalność na raka pęcherza moczowego

**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**

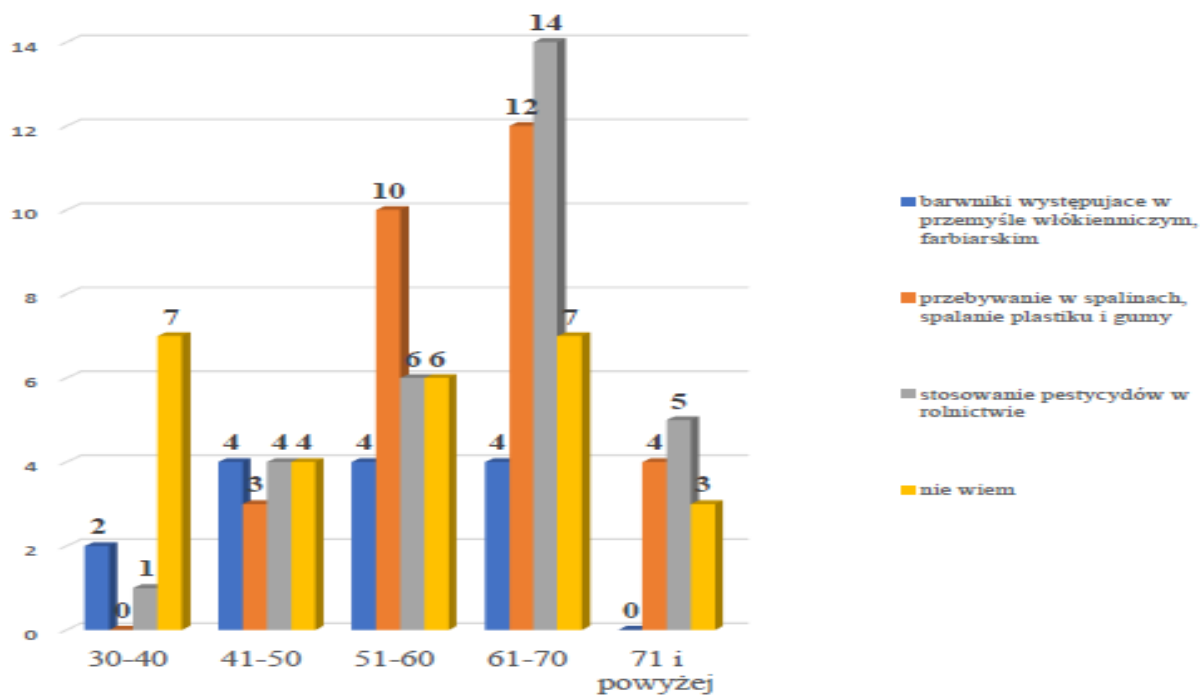
Na podstawie analizy stopnia świadomości badanych pacjentów, dotyczącej czynników chemicznych mogących mieć wpływ na ryzyko raka pęcherza. Wśród najczęściej wybieranych odpowiedzi znalazło się „stosowanie pestycydów w rolnictwie”, taki wariant wybrało 30% ankietowanych, 29% z nich zaznaczyło odpowiedź „długotrwałe przebywanie w spalinach silnika Diesla, spalanie plastiku czy gumy”. Niewiele mniej, bo 27% badanych wybrało odpowiedź „nie wiem”, natomiast 14% ankietowanych zaznaczyło „barwniki występujące w przemyśle włókienniczym, farbiarstwie” (Rycina 19).



Rycina 19. Czynniki chemiczne wpływające na zapadalność na raka pęcherza moczowego

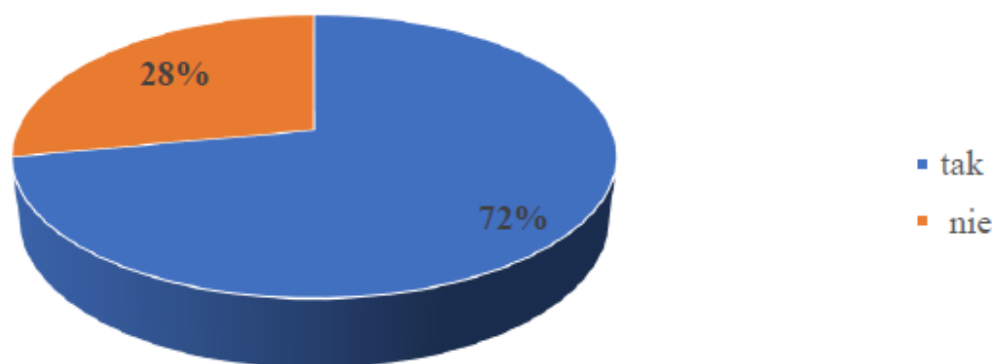
Analizy znajomości czynników chemicznych wpływających na liczbę zachorowań na raka pęcherza moczowego dokonano w odniesieniu do wieku respondentów. W sposób graficzny dane zostały przedstawione na Rycinie 20. Poziom wiedzy jest niski w każdej grupie wiekowej, wskazuje na intensyfikację działań edukacyjnych, w wyniku których możemy wpłynąć na zmniejszenie liczby zachorowań. Jak wskazują badania epidemiologiczne czynniki chemiczne to jeden z głównych elementów zachorowań.

**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**



Rycina 20. Znajomość wpływu czynników chemicznych na zachorowanie na raka z podziałem na wiek

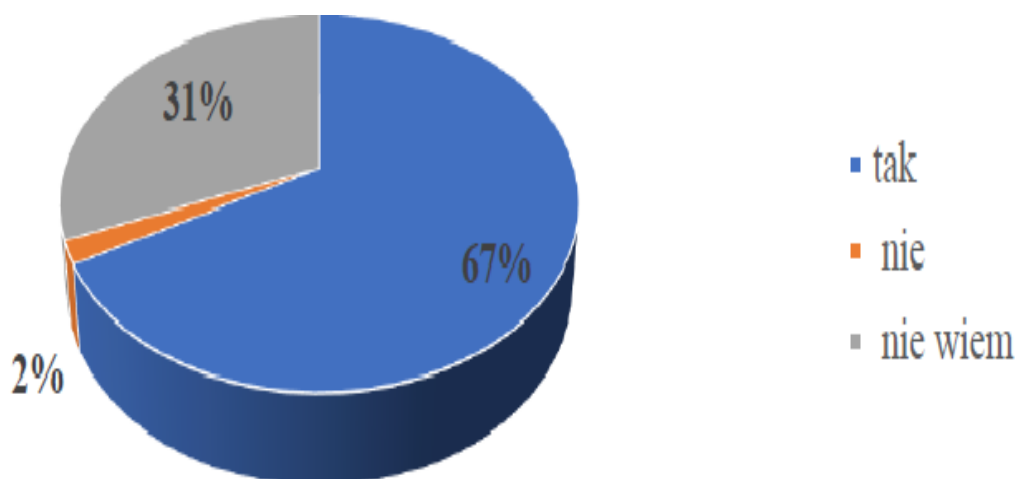
Stosowanie środków ochrony osobistej przy narażeniu na czynniki szkodliwe jest istotnym elementem w profilaktyce i edukacji. Wśród grupy ankietowanych zdecydowana większość 72% zadeklarowała, że posiada wiedzę na temat stosowania środków związanych z ochroną osobistą podczas narażenia na czynniki chemiczne. Odpowiedzi negatywnej udzieliło pozostałych 28% respondentów (Rycina 21).



Rycina 21. Stosowanie środków ochrony osobistej w opinii badanych

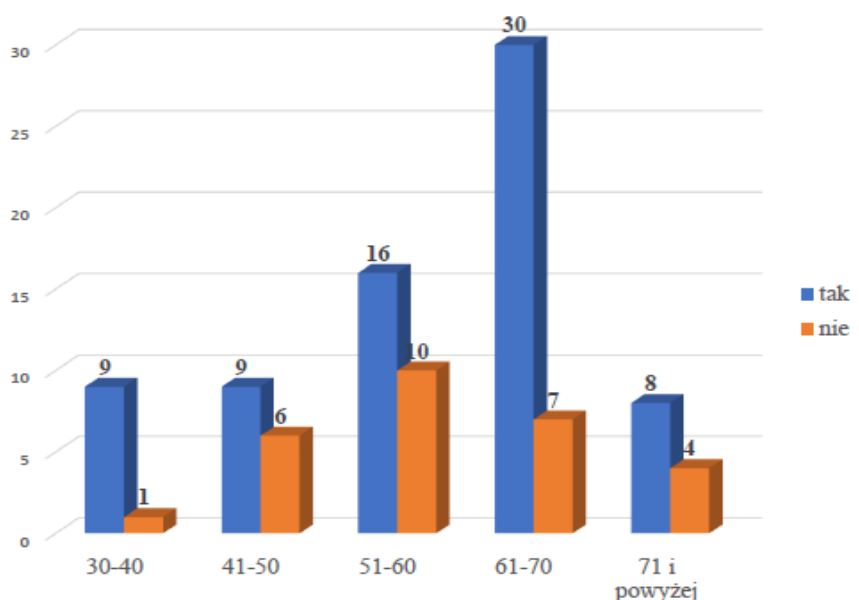
**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**

Ankietowanych zapytano również o wiedzę związaną z promieniowaniem jonizującym jako czynnikiem mogącym wpłynąć na zachorowalność na raka pęcherza moczowego. Wśród ankietowanych 67% wskazało, że promieniowanie jonizujące wpływa na ryzyko zachorowania, 31% respondentów nie posiadało wiedzy na ten temat, z kolei 2% zaznaczyło odpowiedź „nie” (Rycina 22).



Rycina 22. Promieniowanie jonizujące jako czynnik ryzyka raka pęcherza moczowego

Rozkład odpowiedzi w grupach wiekowych, który obrazuje Rycina 23 wskazuje na dość wysoki poziom wiedzy pacjentów w związku z tym czynnikiem ryzyka.



Rycina 23. Promieniowanie jonizujące jako czynnik ryzyka raka pęcherza moczowego z podziałem na wiek

**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**

DYSKUSJA

Celem przeprowadzonego badania było określenie poziomu wiedzy pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego na temat znajomości czynników ryzyka tej choroby. Wymienia się wiele czynników ryzyka, które wywierają negatywny wpływ.. Większość z nich to czynniki modyfikowalne związane ze stylem życia [2, 3]. Właściwe postępowanie uwarunkowane jest świadomością zdrowotną, wyznaczającą w istotny sposób przebieg naszych zachowań. Pacjent powinien poznać swoją chorobę, a przede wszystkim jej przyczyny [4, 5].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że 53% badanej grupy stanowili mężczyźni, natomiast pozostałe 47% to kobiety. Największą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 61-70 lat 37 %, drugą co do wielkości grupą byli pacjenci w wieku 51-60 lat - 26% badanych.

Rak pęcherza moczowego jest jednym z nielicznych, w przypadku którego obserwuje się wyraźną zależność pomiędzy wzrostem zachorowań a ekspozycją na czynniki środowiskowe. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest najprawdopodobniej, narażenie nabłonka wyściełającego pęcherz moczowy na kontakt z substancjami o charakterze karcenogennym, obecnych w wydalonym moczu [2, 3, 4]. Do tych substancji należą substancje obecne w dymie tytoniowym ale również związki chemiczne, występujące w miejscu pracy. W przeprowadzonych badaniach uzyskano zbliżony wynik z badaniami przeprowadzonymi przez Długosz i wsp. [5].

Działania na rzecz zdrowia muszą być przeprowadzone na wielu płaszczyznach, z uwzględnieniem takich czynników jak: dieta ograniczająca spożywanie wysokoprzetworzonej żywności, zaprzestanie uzależnień, systematyczna aktywność fizyczna, unikanie i ochrona przed czynnikami szkodliwymi[6-9]. Zalecenia dietetyczne w zakresie modyfikacji spożywanych pokarmów szczególnie wzbogacenie diety o polifenole, pochodne epigallokatechiny, kurkuminy czy resweratrole oraz przyjmowanie dużej ilości obojętnych płynów - czysta woda lub zielona herbata przyczyniają się do ograniczenia ryzyka zachorowalności o czym pisała Walewska i wsp.[10].

Kolejnym ważnym czynnikiem ryzyka jest rodzaj wykonywanej pracy, gdzie pacjenci mogli mieć kontakt ze szkodliwymi substancjami. Narażenie zawodowe jest predysponentem rozwoju raka pęcherza, Reulen i wsp. [11] dowiedli w swoich badaniach, że 5,3% wszystkich przypadków i 7,1% przypadków raka pęcherza u mężczyzn związany jest z narażeniem na czynniki zawodowe. Cumberbatch i wsp.[12] dokonali metaanalizy w zakresie zapadalności na

**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**

raka pęcherza w grupach pracowników narażonych na kontakt z metalami ciężkimi np.: arsen, kadm, chrom, nikiel [13].

O wpływie niesteroidowych leków przeciwzapalnych w prewencji chorób nowotworowych pisała Kmieć [14] oraz zauważyła, że przewlekłe ich przyjmowanie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań. Blumentals[15] w badaniu przeprowadzonym w grupie 330 pacjentów wykazał 20-procentową redukcję zachorowania na raka pęcherza wśród pacjentów przyjmujących niesteroidowe leki przeciwzapalne. W swoim badaniu klinicznym wykazał aż o 43% obniżenie ryzyka, zachorowania w grupie niepalących.

Jak wynika z opracowania poziom wiedzy na temat czynników ryzyka w badanej grupie jest zróżnicowany pod kątem wieku i wykształcenia respondentów. W badaniu własnym wykazano tendencję, iż poziom wiedzy o czynnikach ryzyka rośnie wraz z wykształceniem respondentów i ich wiekiem.

WNIOSKI

1. Rak pęcherza moczowego jest jednym z częściej występujących schorzeń układu moczowo-płciowego, a za jego rozwój odpowiadają czynniki zewnętrzne, które mogą poprzez ich eliminację ograniczyć ryzyko zachorowań na raka pęcherz moczowego.
2. Kluczowe znaczenie mają płeć i wiek oraz bezpośredni wpływ; palenie tytoniu, dieta, zakażenia, czynniki zawodowe czy skażenia środowiska.
3. Poziom wiedzy dotyczący czynników ryzyka w zapadalności na raka pęcherza moczowego jest na dość dobrym poziomie.
4. Problemem brak motywacji do zmian od antyzdrowotnego do prozdrowotnego stylu życia.
5. Działania prowadzone w ramach profilaktyki chorób nowotworowych przez pielęgniarki np.: „Program profilaktyki chorób odytoniowych” pozwalają twierdzić, że edukacja na postawy zdrowotne populacji zależy od prostych, jednoznacznych przekazów popartych doniesieniami naukowymi.
6. W Polsce obserwuje się tendencję wzrostową liczby zachorowań na raka pęcherza moczowego szczególnie u kobiet, co skłania do szerszej profilaktyki, zarówno prowadzonej w zakresie działań edukacyjno-informacyjnych, jak i w zakresie wczesnej diagnostyki prewencyjnej.

PIŚMIENNICTWO

1. <https://podyplomie.pl/medycyna/37179,rak-pecherza-moczowego-epidemiologia-diagnostyka-i-leczenie>
2. Roupêrt M, Babjuk M, Compérat E i wsp.: European Association of Urology Guidelines on Upper Urinary Tract Urothelial Cell Carcinoma: 2015 Update. *European Urology* 2021; 79(1): 62-79.
3. Długosz A., Królik E.: Profilaktyka w raku pęcherza moczowego. *Biuletyn PTO Nowotwory* 2017; 2(4): 321–327
4. Chorbińska J., Nowak Ł., Krajewski W.: Rak pęcherza moczowego – epidemiologia, diagnostyka i leczenie. *Medycyna po Dyplomie* 2022; 2.
5. Długosz A., Gąsior J. Guzik A.: Wpływ czynników środowiskowych na rozwój raka pęcherza moczowego. *Nowotwory Journal of Oncology* 2015; 1(65): 35-41.
6. Koper K. J., Koper A.: *Pielęgniarstwo onkologiczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020, 304-305.
7. Kordek R., Jassem J., Jeziorski A., Kornafel J., Krzakowski M., Pawłęga J. (red.): *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2013.
8. Leszniewski J.: Przebieg kliniczny raka pęcherza moczowego a palenie tytoniu. *Przegląd Urologiczny* 2016; 3.
9. Długosz A., Królik E.: Profilaktyka w raku pęcherza moczowego. *Nowotwory Journal of Oncology* 2017; 2 (4): 251-256.
10. Walewska E., Nowak A., Ścisło L.: Przygotowanie chorego do samoopieki po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 1(12): 72-78.
11. Reulen R. C, Kellen E., Buntinx F. et al.: A meta-analysis on the association between bladder cancer and occupation. *Scandinavian Journal of Urology Nephrology Supplement* 2008; 42: 64–78.
12. Cumberbatch M. G., Cox A., Teare D. et al.: Contemporary occupational carcinogen exposure and bladder cancer: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Oncology* 2015; 1: 1282-1290.
13. Rorbach- Dolata A., Piwowar A., Marchewka Z.: Ekspozycja na metale ciężkie a ryzyko raka pęcherza moczowego w Polsce i na świecie- fakty znane ale wciąż niedoceniane. *Hygeia Public Health* 2016; 51(4): 343-349.

**Modyfikowalne czynniki ryzyka raka pęcherza moczowego
w opinii pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem pęcherza moczowego**

14. Kmiec N., Welnicka-Jaskiewicz M., Jassem J.: Niesteroidowe leki przeciwzapalne w profilaktyce i leczeniu nowotworów jelita grubego. *Journal of Oncology* 2014; 64: 175-179.
15. Blumentals W. A., Foulis P. R., Schwartz S. W. et al.: Analgesic therapy and the prevention of bladder cancer. *Urology Oncology* 2004; 22: 11-15.
16. Przysaś B., Sander-Grabowska M., Chwiałkowska M.: Aspekty promocji zdrowia i badań profilaktycznych w kontekście zachorowań i zgonów z powodu nowotworów w Polsce. *Innowacje w Pielęgniarstwie* 2019; 1-16.
17. Długosz A, Gąsior J, Guzik A.: Wpływ czynników środowiskowych na rozwój raka pęcherza moczowego. *Nowotwory* 2015; 65(1): 35-41.
18. Tuchowska P., Worach-Kardas H., Marcinkowski J. T.: Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce-czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2013; 94 (2): 166-171.
19. Kozłowska A, Mikołajczyk A, Boroń M i wsp. Narażenie na ołów a stężenie we krwi kadmu, seleniu i wartości morfologii. *Medycyna Środowiskowa* 2015; 18(2): 17-25.
20. Stanisławska M, Janasik B, Trzcinka-Ochocka M. Ocena narażenia zawodowego spawaczy na podstawie oznaczania dymów i ich składników powstających podczas spawania stali chromowo-niklowej. *Medycyna Praktyczna* 2011; 62(4): 359-368.
21. Trojanowska M, Świetlik R. Inhalacyjne narażenie środowiskowe mieszkańców miast Polski na metale ciężkie kadm i nikiel oraz arsen. *Medycyna Środowiskowa* 2012; 15(2): 33-41.
22. Tuchowska P, Worach-Kardas H, Marcinkowski JT. Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2013; 94(2): 166-171.

Koenzym Q10 - właściwości, zastosowanie i suplementacja

Samira Darwish¹, Katarzyna Napiórkowska-Baran², Zbigniew Bartuzi²

1. Studenckie Koło Naukowe Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WSTĘP

Koenzym Q10, znany również jako ubichinon, ubichinol, 4-benzochinon, CoQ10, ubidekarenon lub, błędnie, witaminą Q10, to substancja naturalnie występująca w organizmie człowieka, posiadająca wiele funkcji. Główną z nich jest transport elektronów wzdłuż łańcucha oddechowego. Znajduje się również w innych błonach komórkowych oraz w osoczu krwi, gdzie pełni rolę przeciwutleniacza oraz bierze udział w ekspresji genów.

Ze względu na jego istotną rolę w funkcjonowaniu organizmu, istnieje wiele chorób, które kojarzone są z niedoborem koenzymu Q10. Należą do nich między innymi cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe takie jak miażdżyca, nadciśnienie tętnicze i dyslipidemia, ale również choroby neurologiczne, takie jak dystrofia mięśniowa, choroba Alzheimerera, choroba Parkinsona i inne [1].

ROZWINIĘCIE

Budowa i właściwości koenzymu Q10

Koenzym Q10 to organiczna cząsteczka przypominająca swoją budową witaminę K [2], lecz w przeciwieństwie do niej, może być syntetyzowana przez organizm ludzki. Składa się z benzochinonu z poliizoprenoidowym łańcuchem bocznym (10 jednostek izoprenowych u ludzi). Występuje w błonach komórkowych, szczególnie mitochondriów, zarówno w formie zredukowanej (ubichinol), jak i utlenionej (ubichinon). Jego stężenie jest szczególnie wysokie w komórkach wątroby, nerek, serca i pozostałych narządach o wysokiej aktywności metabolicznej [3].

Rola koenzymu Q10 w metabolizmie

Koenzym Q10 pełni ważną rolę zarówno w mitochondriach, jak i poza nimi. Jest akceptorem elektronów dla dziewięciu dehydrogenaz wewnętrznej błony mitochondrialnej. Pełni tę rolę, między innymi, w mitochondrialnym łańcuchu oddechowym podczas fosforylacji oksydacyjnej (z kompleksów I i II na kompleks III) umożliwiając powstawanie ATP. Oksydoreduktaza NADH-koenzym Q10 stanowi kompleks I, oksydoreduktaza bursztynian-ubichinon - kompleks II. Poza dwoma powyższymi, koenzym Q10 jest także kofaktorem enzymu dehydrogenazy dihydroorotanowej (DHODH), czyli enzymu niezbędnego do proliferacji leukocytów T, będąc zaangażowanym w metabolizowanie pirymidyn, kwasów tłuszczowych oraz białek rozprzegających [4]. Pozostałe enzymy, których kofaktorem jest koenzym Q to dehydrogenaza choliny, dehydrogenaza flawoproteiny przenoszącej elektrony, mitochondrialna dehydrogenaza glicerolo-3-fosforanowa, dehydrogenaza prolinowa 1 i 2 oraz oksydoreduktaza bursztynian-CoQ. Szlaki metaboliczne, w których uczestniczą te enzymy, obejmują utlenianie aminokwasów i kwasów tłuszczowych, biosyntezę nukleotydów, metylację oraz detoksykację siarczanu wodoru [5].

Będąc przeciwutleniaczem rozpuszczalnym w tłuszczach, CoQ10 pełni ochronną rolę w obronie przed stresem oksydacyjnym w błonach komórkowych organizmu - w aparacie Golgiego, lizosomach, retikulum endoplazmatycznym oraz peroksysomach [4].

Kardioprotekcyjne działanie koenzymu Q10

W roku 2021, wśród mieszkańców Polski ogółem oraz osób powyżej 75 roku życia, główną przyczyną zgonów były najczęściej choroby sercowo-naczyniowe. Na drugim miejscu, co do częstości występowania jako przyczyna zgonów w Polsce w 2021 roku, znajdowała się choroba COVID-19. W grupie wiekowej 25-74 lata, COVID-19 był główną przyczyną zgonów, natomiast wśród osób w wieku 75 lat i więcej plasował się na drugiej pozycji. Następnie, trzecią przyczyną zgonów, były choroby naczyń mózgowych, czwartą miażdżyca, a piątą – nowotwór tchawicy, oskrzeli i płuc. W roku 2019 choroby sercowo-naczyniowe były odpowiedzialne za 39,4% wszystkich zgonów, jednakże w związku z pandemią COVID-19, ich udział w całkowitej liczbie zgonów w roku 2021 spadł do poziomu 34,8% [6].

Fakt, iż stres oksydacyjny pełni istotną rolę w występowaniu choroby niedokrwiennej serca (ChSN), sugeruje, że antyoksydanty, do których należy koenzym Q10, mogą zmniejszać ryzyko ich wystąpienia [7]. Niewydolność serca charakteryzuje się utratą zdolności skurczowej mięśnia sercowego, co kojarzone jest z niedoborem koenzymu Q10. Udowodniono, że $\frac{3}{4}$ pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi przejawia niski poziom koenzymu Q10.

Dotyczy to szczególnie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca oraz kardiomiopatią rozstrzeniową. Niedobory CoQ10 zaobserwowano również u większości pacjentów ze stenozą aortalną, zwężeniem lub niewydolnością zastawki mitralnej, kardiomiopatią cukrzycową, zespołem Fallota oraz ubytkami przegrody międzyprzedsionkowej lub międzykomorowej.

Na podstawie przeprowadzonych badań ustalono, że powinno się przyjmować 30-60 mg koenzymu Q10 dziennie aby utrzymać jego normalne stężenie w surowicy krwi, z pokarmem przyswajamy około 5 mg CoQ10 dziennie. Optymalne klinicznie korzyści wymagają 2 do 4-krotnie wyższych stężeń CoQ10 aby można było zaobserwować poprawę działania mitochondriów.

W leczeniu przewlekłych chorób serca zaleca się dawkowanie wynoszące 100-200 mg/dobę. U pacjentów z kardiomiopatią i niedoborem CoQ10 w mięśniu sercowym, jego doustne podawanie w dawce 100 mg dziennie przez 2-8 miesięcy, skutkowało wzrostem poziomu koenzymu Q10 w komórkach mięśnia sercowego w zakresie od 20 do 85% [8].

Suplementacja koenzymu Q10

Największa ilość koenzymu Q10 syntetyzowana jest w komórkach organizmu, ale przyswajając go można również z pokarmem. Dla diety śródziemnomorskiej jest to około 5 mg/dobę. Najwięcej CoQ10 znaleźć można w tłustych rybach, soi, orzechach i szpinaku [9].

Ze względu na swoje istotne funkcje w organizmie, jego niedobór wiąże się z chorobami sercowo-naczyniowymi i chorobami naczyń mózgowych - z niewydolnością serca, zawałem mięśnia sercowego, migrenami, przewlekłą chorobą nerek, nadciśnieniem, chorobą Alzheimera, Parkinsona, czy dystrofią mięśniową [1]. Najwięcej doniesień naukowych wiąże się jednak z zastosowaniem suplementacji CoQ10 w kontekście zapobiegania i leczenia chorób sercowo-naczyniowych.

Optymalna synteza CoQ10 przez organizm ludzki przypada na 25 rok życia, od tego wieku, synteza koenzymu Q10 spada, do 65 roku życia nawet o 50% w porównaniu z 25 rokiem życia [10].

Koenzym Q10 charakteryzuje się bardzo niską doustną biodostępnością, zależną od wielu czynników - przyjętej dawki, rodzaju preparatu, metody uwalniania i sposobu podania (przed/po/w trakcie posiłku). Po spożyciu CoQ10 trafia do światła jelita wraz z egzogennym cholesterolem, a następnie jest pobierany z miceli, razem z tłuszczami pokarmowymi, żółcią i wydzielinami trzustkowymi, które ułatwiają jego rozpuszczanie i przenikanie do enterocytów na drodze transportu prostego (dyfuzji prostej). Z enterocytów CoQ10 dociera do krwi przez

układ limfatyczny. Z krwiobiegu, CoQ10 jest rozprowadzany do tkanek obwodowych i do wątroby, skąd częściowo ponownie jest wydalany z żółcią do kału.

Opracowano różne formy preparatów koenzymu Q10, w tym tabletki, kapsułki, tabletki do żucia i żele z oleistymi zawiesinami, żeby poprawić biodostępność poprzez redukcję rozmiaru cząsteczek. Wprowadzono również strategie biofarmaceutyczne, takie jak użycie kompleksów β -cyklodekstryn, liposomów, emulsji i miceli, co przyczyniło się do lepszej biodostępności CoQ10 w suplementacji [11].

W przeprowadzonym w ostatnich latach wieloośrodkowym, randomizowanym badaniu Q-SYMBIO wykazano, że codzienne przyjmowanie 300 mg CoQ10 (n=202), w porównaniu do placebo (n=218), ma wpływ na leczenie umiarkowanej i ciężkiej niewydolności serca (NYHA III lub IV) przy jednoczesnym stosowaniu terapii określanej "złotym standardem" leczenia niewydolności. Zaobserwowano znaczną różnicę w ilości incydentów sercowo-naczyniowych, śmiertelności oraz hospitalizacji z powodu niewydolności serca w ciągu dwóch lat. Zaobserwowano również poprawę frakcji wyrzutowej lewej komory (LFEV) o 6% [12, 13].

Pozytywny wpływ suplementacji koenzymem Q10 wykazano również u pacjentów z cukrzycą typu II, przewlekłą chorobą nerek i chorobami wątroby. We wszystkich grupach pacjentów z wymienionymi chorobami obserwowano istotny statystycznie obniżony poziom CoQ10 we krwi. W grupach pacjentów z cukrzycą typu 2, najlepsze efekty suplementacji zaobserwowano w badaniach, w których pacjenci przyjmowali 150-200 mg CoQ10 codziennie przez trzy miesiące terapii. Zaobserwowano zmniejszenie poziomu HbA1c oraz markerów stresu oksydacyjnego [14]. W przeprowadzanych badaniach zaobserwowano również istotną poprawę funkcji nerek u pacjentów cierpiących na przewlekłą chorobę nerek. U 97 chorych cierpiących na przewlekłą chorobę nerek zastosowano suplementację CoQ10 (3 × 100 mg codziennie przez trzy miesiące) lub placebo. Znotowano istotną poprawę parametrów funkcji nerek (np. stężenia kreatyniny w surowicy) u pacjentów stosujących suplement CoQ10 w porównaniu z grupą placebo, zarówno wśród pacjentów poddawanych dializom, jak i tych, którzy się im nie poddawali. Szczególnie wyraźne było zmniejszenie liczby pacjentów wymagających dializy w grupie przyjmującej CoQ10 – spadła ona z 21 do 12, natomiast w grupie przyjmującej placebo pozostała na poziomie 24 [15].

W badaniu przeprowadzonym nad pacjentami z niealkoholowym stłuszczeniem wątroby zaobserwowano, że przyjmowanie 100 mg CoQ10 codziennie przez trzy miesiące wiąże się z obniżeniem poziomów markerów krwi związanych z zapaleniem i uszkodzeniem wątroby - takich jak aminotransferaza asparaginianowa (AST), gamma-glutamylotranspeptydaza (GGTP) oraz białko C-reaktywne (CRP) [16].

Ze względu na działanie antyoksydacyjne oraz przeciwzapalne, przeprowadzono badania nad wpływem jego suplementacji w pozostałych, wcześniej wspomnianych chorobach, dotychczas jednak nie udowodniono jednoznacznego wpływu włączenia suplementacji CoQ10 na poprawę kliniczną [3].

PODSUMOWANIE

Koenzym Q10 pełni wiele istotnych funkcji w organizmie ludzkim. Najważniejszą z nich jest udział w oddychaniu komórkowym, gdzie jest akceptorem elektronów i protonów. Dodatkowo pełni rolę przeciwutleniacza oraz bierze udział w ekspresji genów. Z tego względu jego suplementacja przynosi obiecujące rezultaty kliniczne w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu II, chorób nerek i wątroby. Prowadzone są badania nad zastosowaniem go w leczeniu innych chorób, ze szczególnym naciskiem na schorzenia neurologiczne.

PIŚMIENNICTWO

1. Garrido-Maraver J.: Coenzyme Q10. Therapy <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4112525/> (data pobrania 20.08.2023).
2. Bhagavan H. N.: Coenzyme Q10: Absorption, tissue uptake, metabolism and pharmacokinetics, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10715760600617843> (data pobrania 20.08.2023).
3. Testai L.: Clinical Applications beyond Cardiovascular Diseases, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8156424/> (data pobrania 20.08.2023).
4. Hargreaves I.: Disorders of Human Coenzyme Q10 Metabolism: An Overview, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7555759/> (data pobrania 20.08.2023).
5. Banerjee R.: The mitochondrial coenzyme Q junction and complex III: biochemistry and pathophysiology, <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/cc3b8bb-4a70-487f-a952-dbe811176b2c/content> (data pobrania 20.08.2023).
6. Wojtyniak B., Goryński P.: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2022.
7. Singh U.: Coenzyme Q10 supplementation and heart failure, <http://surl.li/nvksk> (data pobrania 20.08.2023).

8. Folkers K.: Biochemical rationale and myocardial tissue data on the effective therapy of cardiomyopathy with coenzyme Q10, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC397155/> (data pobrania 20.08.2023).
9. Weber C.: Coenzyme Q10 in the diet-daily intake and relative bioavailability, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0098299797000034?via%3Dihub> (data pobrania 20.08.2023).
10. Kalén A.: Age-related changes in the lipid compositions of rat and human tissues, <https://aocs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1007/BF02535072> (data pobrania 20.08.2023).
11. Kumar S.: Novel Carriers for Coenzyme Q10 Delivery, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26725722/> (data pobrania 20.08.2023).
12. Mortensen S. A.: The Effect of Coenzyme Q10 on Morbidity and Mortality in Chronic Heart Failure: Results From Q-SYMBIO: A Randomized Double-Blind Trial, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213177914003369?via%3Dihub> (data pobrania 20.08.2023).
13. Mortensen A. L.: Effect of coenzyme Q10 in Europeans with chronic heart failure: A subgroup analysis of the Q-SYMBIO randomized double-blind trial, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8086660/> (data pobrania 20.08.2023).
14. El-ghoroury E. A.: Malondialdehyde and coenzyme Q10 in platelets and serum in type 2 diabetes mellitus: correlation with glycemic control, https://journals.lww.com/bloodcoagulation/abstract/2009/06000/malondialdehyde_and_coenzyme_q10_in_platelets_and.6.aspx (data pobrania 20.08.2023).
15. Singh R. B.: Randomized, Double-blind Placebo-controlled Trial of Coenzyme Q10 in Chronic Renal Failure: Discovery of a New Role, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13590840020013266> (data pobrania 20.08.2023).
16. Farsi F.: Functions of Coenzyme Q10 Supplementation on Liver Enzymes, Markers of Systemic Inflammation, and Adipokines in Patients Affected by Nonalcoholic Fatty Liver Disease: A Double-Blind, Placebo-Controlled, Randomized Clinical Trial, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07315724.2015.1021057> (data pobrania 20.08.2023).

Stany depresyjne w chorobie Leśniowskiego-Crohna

Małgorzata Filanowicz¹, Anna Goldyn²

1. Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo I Stopnia Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WPROWADZENIE

Jak wiadomo mózg ludzki zbudowany jest z neuronów, których może być nawet 100 miliardów. Czym wobec takiej liczby jest 100 milionów komórek nerwowych znajdujących się w jelitach? Jak wskazują najnowsze badania wyraźna dysproporcja ilościowa nie przeszkadza jednak jelitowemu układowi nerwowemu komunikować się z mózgiem za pomocą centralnego układu nerwowego, a co ważniejsze przysyłać informacji do samego mózgu. I to jest fundamentalna część odpowiedzi na pytania o oddziaływanie nieswoistych chorób zapalnych jelit na sferę psychiczną (mózg), ale też symetrycznie - o wpływ układu nerwowego na fizyczny wymiar człowieka.

W ostatnich latach w jednej z amerykańskich uczelni inżynierii biomedycznej (Duke Biomedical Engineering School przeprowadzono badanie, które wykazało, że dziesięć na dziesięć połączeń między mózgiem a jelitem zaczyna się w mózgu. Z komunikacji tej wynika, między innymi, że kiedy człowiek przeżywa stres, jelitowy układ nerwowy generuje zmiany. Są to na przykład tak zwane „węzły żołądkowe”, które sprawiają, że zwiększa się przepływ krwi do tego obszaru. Idąc dalej, przeprowadzono również serię badań mających na celu odkrycie wpływu mikrobów jelitowych na zachowania i emocje. W tym celu sformułowano hipotezę, że zła flora bakteryjna może wpływać na nasz nastrój. Mimo, że jak dotąd, żadne badania nie potwierdziły tej hipotezy, argumenty neurobiologiczne pozostawiają dyskusję nad tym zagadnieniem otwartą. Nauka z całą pewnością potwierdza, że włókna nerwowe jelit nie „myślą”, chociaż czują, a jelitowy układ nerwowy, wrażliwy na stres i emocje, jest w stanie regulować wiele funkcji ciała [1].

Uwarunkowaniami psychicznymi stanów chorobowych zajmuje się medycyna psychosomatyczna (z łac. *psyche* – dusza, *soma* – ciało). Termin ten oznacza dziedzinę nauki, której domeną jest badanie i leczenie chorób o podłożu psychicznym, jak np.: choroba wrzodowa żołądka w następstwie lęków i stresu, a także schorzenia dermatologiczne

i autoimmunologiczne typu: wrzodziejące zapalenie jelita grubego czy choroba Leśniowskiego-Crohna. Medycyna psychosomatyczna interesuje się także wpływem samej choroby na psychikę pacjenta. Co do zasady traktuje ludzi w sposób holistyczny. Poza stanem somatycznym, rozpoznany dzięki klasycznej diagnostyce medycznej, uwzględnia również wpływ czynników społecznych, psychologicznych i behawioralnych na zdrowie oraz stany chorobowe.

Holistyczny paradygmat zdrowia to analiza systemowa, w której rzeczywistość pojmuje się w kategoriach zintegrowanych całości. Ich natury nie da się sprowadzić do własności mniejszych części. Model ten koncentruje się na przyczynie choroby, która traktowana jest jako skutek zachwiania równowagi zdrowia rozumianego systemowo. Uznaje odrębność psychospołeczną każdego chorego i poszukuje sposobów leczenia, dostosowanego do jego indywidualnych potrzeb.

Holistyczny model zdrowia, jako wielowymiarowy i wielopoziomowy, wyodrębnia cztery ściśle ze sobą powiązane obszary badań:

- fizyczny, obejmujący funkcjonowanie biologiczne organizmu jako całości;
- psychiczny, związany z funkcjonowaniem w sferze poznawczej oraz emocjonalnej;
- społeczny, uwzględniający zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji międzyludzkich;
- duchowy, wynikający z osobistych przekonań czy praktyk religijnych [2].

ROZWINIĘCIE

Jedna z najkrócej sformułowanych definicji choroby określa ją jako odwrotność zdrowia. W ujęciu słownikowym natomiast choroba zdefiniowana jest w szerszym kontekście: „Choroba jest takim stanem organizmu, kiedy to czuje się on źle, a owego złego samopoczucia nie można jednak powiązać z krótkotrwałym, przejściowym uwarunkowaniem psychologicznym lub bytowym, lecz z dolegliwościami wywołanymi przez zmiany strukturalne lub zmienioną czynność organizmu .

Odcinkowe zapalenie jelit, szczególnie nasilone w końcowym odcinku jelita krętego, Antoni Leśniowski opisał już w 1904 r. Po upływie dwudziestu ośmiu lat (1932 r.) tę samą chorobę scharakteryzował Amerykanin Burrill Barnard Crohn [3]. Odtąd w światowym piśmiennictwie medycznym, nie uwzględniającym pierwszeństwa Leśniowskiego, choroba ta nazywana jest chorobą Crohna (z ang. Crohn's disease, CD). Jedynie w Polsce nosi ona nazwę choroby Leśniowskiego-Crohna. Crohn był też jednym z pierwszych lekarzy, przypisujących

rozwój niektórych chorób przewodu pokarmowego napięciu emocjonalnemu, lękowi i nerwicom, a nie zmianom organicznym [3].

Zarówno choroba Leśniowskiego-Crohna, jak i wrzodziejące zapalenie jelita grubego są nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit o charakterze przewlekłym, w których występują okresy nasilenia i remisji. Towarzyszą im przykre objawy jelitowe, a także inne symptomy ogólne, które utrudniają codzienne funkcjonowanie i wpływają na obniżenie jakości życia chorych. Etiologia choroby nadal nie jest dokładnie poznana, a wśród przyczyn, które ją wywołują wskazuje się na czynniki środowiskowe (w tym np. niektóre szczepy bakterii *Escherichia coli*), uwarunkowania genetyczne, jak również nieprawidłowe funkcjonowanie układu odpornościowego. Innymi słowy, chorobę Leśniowskiego-Crohna wywołuje szereg czynników, w tym epigenetyczne, immunologiczne i bakteryjne. Rezultatem jest przewlekły proces zapalny, w którym układ odpornościowy organizmu atakuje przewód pokarmowy - najprawdopodobniej próbując zwalczyć to, co uważa za przeciwciała drobnoustrojów.

Choroba Leśniowskiego-Crohna, zawiera się w kategoriach:

- Choroby przewlekłe, czyli zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), choroby „o długim czasie trwania i powolnym postępie”.
- Choroby autoimmunologiczne, wynikające z tego, że układ immunologiczny, który z definicji, zajmuje się ochroną organizmu i w sytuacji zagrożenia aktywuje przeciwciała - bez wyraźnego powodu - atakuje sam siebie, prowadząc do wyniszczenia organizmu.
- Choroby nieuleczalne – w tej kwestii celowe będzie przytoczenie myśli Juliana Aleksandrowicza: „Nie ma nieuleczalnie chorych. Poznałem siłę nadziei i destrukcyjną moc rozpacz. Zalecam trwanie przy nadziei, nigdy bowiem nie wiadomo, w której chwili i skąd może przyjść ocalenie” .

Nieswoiste choroby zapalne jelit (NZJ) obejmują dwa idiopatyczne, przewlekłe i przeważnie nawracające stany zapalne przewodu pokarmowego: wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz chorobę Leśniowskiego-Crohna. ChL-C jest schorzeniem heterogennym, co znaczy, że do zmian chorobowych doprowadza więcej niż jeden czynnik lub mechanizm. Wśród przyczyn występowania choroby wymienia się uwarunkowania genetyczne, które stanowią istotny wskaźnik chorobotwórczy. W około 5-10% przypadków choroba Leśniowskiego-Crohna występuje bowiem rodzinnie, co przemawia za udziałem w jej etiologii czynnika genetycznego. Badania potwierdzają, że z ChL-C wiąże się obecność genu NOD2/CARD15, którego mutacja zwiększa 20-40-krotnie ryzyko zachorowania.

Do pozagenetycznych czynników wywołujących ChL-C zalicza się m. in. wpływy środowiskowe oraz styl życia, w tym palenie tytoniu, które w konsekwencji zmniejsza efektywność stosowanej terapii.

Główne determinanty zauważalnie zaostrzające objawy chorobowe to:

- stres psychologiczny,
- antybiotykoterapia na wczesnym etapie życia,
- stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych NLPZ w dużych dawkach.

Bezpośrednim czynnikiem środowiskowym organizmu jest flora bakteryjna, kolonizująca cały przewód pokarmowy już podczas narodzin. Ma ona bezpośredni wpływ na rozwój odporności człowieka począwszy od błon śluzowych wyściełających układ pokarmowy aż po barierę ochronną na skórze. Zaburzenia już na poziomie mikroflory mogą w konsekwencji wpływać na dojrzewanie układu immunologicznego i powodować patologie w jego funkcjonowaniu. Wobec złożoności przyczyn wywołujących stany chorobowe, nadal trwają dywagacje, mające dać odpowiedź na pytanie: czy uszkodzenia tkanek wynikają z patologicznej reakcji immunologicznej na prawidłową florę, czy też odwrotnie z prawidłowej reakcji immunologicznej na patologiczną mikroflorę?

Pacjent cierpiący na ChL-C zmaga się nie tylko z chorobą, niepełnosprawnością i ciągłym bólem. Musi również zdawać sobie sprawę z zagrażających jego zdrowiu powikłań ze strony przewodu pokarmowego oraz innych narządów. Oprócz powikłań wynikających z samej choroby obarczony jest bowiem niebezpieczeństwem wystąpienia zaburzeń wynikających z długotrwałego leczenia, stosowanej terapii farmakologicznej oraz licznych zabiegów operacyjnych. Niepożądane lub zbyt skumulowane kuracje mogą prowadzić do obniżenia, a nawet braku efektywności leczenia, wymuszając zmianę stosowanej dotychczas terapii. Wśród najczęściej występujących powikłań jelitowych wymienia się:

- Niedożywienie.
- Zespół krótkiego jelita. Zespół krótkiego jelita występuje po resekcjach fragmentu jelita i zmniejszeniu jego powierzchni odpowiedzialnej za wchłanianie składników odżywczych i elektrolitów.
- Zmiany nowotworowe. Wszyscy pacjenci, których jelito grube zostało objęte rozległym stanem zapalnym znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka zachorowania na raka okrężnicy i odbytnicy [4].

Korelacja między ChL-C a depresją i stanami lękowymi chorego

O związku między chorobami zapalnymi jelita a stanami lękowymi i depresją pisze między innymi prof. Ewa Stachowska, która powołując się na wyniki badań, stwierdza, że choroby zapalne jelit zwiększają ryzyko pojawienia się stanów niepokoju i rozwoju depresji. Uzyskane przez badaczy dane ujmuje w następujących kategoriach:

- Badania przeprowadzone w 2016 r. wśród 158 tysięcy osób dorosłych wykazały, że na zaburzenia lękowe cierpiało 20,5% chorych, a objawy lękowe wystąpiły u 35,1% pacjentów.
- U chorych z silnymi objawami bólowymi częstość występowania lęku zwiększała się do 75,6%.
- W tej samej grupie badawczej zaburzenia depresyjne odnotowano u 15,2% osób, natomiast objawy depresji u 21,6% .
- Porównując częstość występowania zaburzeń psychicznych u osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna oraz z wrzodziejącym zapaleniem jelita, stwierdzono, że częściej chorują pacjenci z ChL-C, u których depresja wystąpiła w 25,3% , a w stanie ostrym nawet w 40,7% [5] .

Wymienione w tej klasyfikacji zaburzenia lękowe w poważnym stopniu wywoływane są przez zjawisko bólu, towarzyszącego chorobie. Według definicji International Association for the Study of Pain, ból należy rozumieć jako: "[...] *nieprzyjemne doświadczenie czuciowe i emocjonalne związane z faktycznym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek bądź też opisywane w kontekście takiego uszkodzenia*" [6].

Z przytoczonej definicji wynika, że ból - niezależnie od powodujących go przyczyn - zawsze związany jest z cierpieniem nie tylko fizycznym, ale i psychicznym (*distress*). Z tego wniosek, że pogląd o współwystępowaniu bólu i depresji jest w kręgach medycznych uznawany za słuszny. Dane liczbowe wskazują na fakt występowania objawów somatycznych u 30–54% chorych leczonych na depresję. Niestety, problem zależności między objawami somatycznymi a depresją jest często niedostrzegany przez lekarzy pierwszego kontaktu. Liczne badania i analizy uzyskanych wyników wykazują, że ponad połowa chorych na depresję doświadcza dolegliwości bólowych. Jest to znaczący wykładnik, który powinien być brany pod uwagę, mimo że wyniki poszczególnych badań epidemiologicznych dotyczących tego zagadnienia są niejednorodne.

Ból przewlekły bywa uznawany za chorobę samą w sobie, ponieważ prowadzi do obniżenia standardu życia oraz do zaburzeń fizjologicznych, psychologicznych i społecznych człowieka. U chorych z bólem przewlekłym, występującym między innymi w ChL-C, pojawia się spadek nastroju, drażliwość, zdenerwowanie, problemy ze snem i brak apetytu. Konsekwencją tych negatywnych odczuć często bywa depresja, którą wzmacnia dodatkowo obniżenie aktywności fizycznej i nadużywanie leków przeciwbólowych. Jest zatem oczywiste, że zarówno choroba Leśniowskiego-Crohna, jak i związany z nią przewlekły ból wymagają wielokierunkowego postępowania medycznego. I z tym problemem muszą się zmierzyć nie tylko lekarze, ale też pacjenci, bez których świadomego udziału w terapii nie powiedzie się żadne leczenie.

Percepcja bólu u osób z ChL-C odbywa się na najwyższym poziomie ośrodkowego układu nerwowego (kora mózgowa), a proces ten może być modulowany przez takie czynniki zależne od pacjenta, jak:

- koncentracja, czyli skupienie uwagi na jakiejś absorbującej czynności, blokująca uświadomienie bodźca bólowego;
- przekonania, np. wyolbrzymianie cierpienia i uczucie bezradności zwykle powodujące nasilenie dolegliwości bólowych;
- emocje pozytywne, np. w czasie słuchania dobrej muzyki, przebywania w miłym towarzystwie, powodujące, że ból jest mniej dokuczliwy;
- emocje negatywne, takie jak lęk, niepokój, strach, gniew, które obniżają próg odczuwania bólu.

Dla lekarzy ocena nasilenia oraz charakteru przewlekłych dolegliwości chorobowych i towarzyszącego im bólu jest kwestią subiektywną i stanowi duże wyzwanie, któremu nie zawsze są w stanie sprostać. Dla pacjentów natomiast odczuwanie długotrwałego bólu fizycznego i związanego z nim cierpienia psychicznego (np. depresji) jest traumatycznym doświadczeniem, powodującym często nieodwracalne zmiany nie tylko w ich świadomości, ale też w całym porządku emocjonalnym. Najtrafniej tę sytuację egzemplifikują słowa Antoniego Kępińskiego:

„Istnieją pewne granice przeżyć ludzkich i bezkarnie nie można ich przekraczać; jeśli się to stanie, gdy wyjdzie się "poza", wówczas już nie ma powrotu do dawnego. Zmienia się coś w zasadniczej strukturze; człowiek już nie jest ten sam, co kiedyś” [7].

Stany depresyjne w ChL-C

Charakter chorób przewlekłych oraz ich przebieg i specyfika objawów stają się źródłem następstw emocjonalnych. Dotyczy to wszystkich grup wiekowych pacjentów, a więc zarówno chorujących dzieci, jak i ich rodziców. Na przykład, na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że u dzieci i młodzieży z NChZJ częściej niż u ich zdrowych rówieśników dochodzi do zakłóceń emocjonalnych, a co za tym idzie znacznie częściej diagnozuje się u nich stany depresyjne. Jak pisał Antoni Kępiński, „*Czas depresji jest złym czasem, od którego chciałoby się uciec, ale nie ma gdzie*”. Jest to zjawisko szczególnie niepożądane u pacjentów chorujących na nieswoiste zapalenie jelit, ponieważ depresja znacząco wpływa na nasilenie się choroby. W tym kontekście niepokojące są wyniki badań epidemiologicznych, potwierdzające, że najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi występującymi u chorych na NChZJ są depresja i lęk [8].

Wieloletnie badania medyczne wyraźnie wskazują na zapalne podłoże depresji. Jednocześnie jej występowanie łączy z chorobami przewlekłymi i somatycznymi. Współczynnik zachorowalności na depresję wśród pacjentów z NZJ jest wysoki i raczej wzrasta niż maleje. Jeszcze wyższy jest wskaźnik lęku, którego częstość kształtuje się w granicach 29-35% w okresie remisji choroby, a nawet 80% w stanach zaostrzenia. Stwierdzono też związek między współwystępowaniem depresji a nasileniem aktywności choroby. Wprawdzie częstotliwość występowania depresji wśród pacjentów z NZJ jest zbliżona do przypadków pacjentów chorujących na inne choroby przewlekłe, to jednak właśnie pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelita są uznawani za szczególnie podatnych na doświadczanie depresji czy lęku.

Do wyznaczników ryzyka rozwoju depresji zalicza się:

- płeć żeńską,
- aktywną chorobę,
- agresywny charakter choroby i konieczność leczenia biologicznego,
- obecność przetok w historii choroby,
- zmiany okołoodbytnicze,
- interwencje chirurgiczne.

W przypadku pacjentów z ChL-C samo wystąpienie depresji przed zachorowaniem zwiększa ryzyko zabiegu chirurgicznego. Jednocześnie nasilony lęk i stany depresyjne dodatkowo skłaniają do stosowania glikokortykosteroidów w WZJG oraz leków immunosupresyjnych, anty-TNF α i glikokortykosteroidów u chorych na ChL-C [4].

Z licznych badań nad NZJ wynika, że istnieje znacząca zależność między czynnikami psychologicznymi, takimi jak: depresja, obniżona samoocena stanu zdrowia i lęk a częstością występowania zaostrzeń choroby. W sytuacji doświadczania stresu ośrodkowy układ nerwowy wpływa na jelitowy układ nerwowy (który - przypomnijmy - składa się ze 100 milionów neuronów współodpowiedzialnych za reakcje stresowe i immunologiczne) oraz na przewód pokarmowy, mogąc w ten sposób spowodować zaostrzenie procesu zapalnego i inne dolegliwości, takie jak biegunki czy bóle brzucha. Z kolei stan zaostrzenia choroby wywołuje u pacjenta stres i w ten sposób powstaje błędne koło.

PODSUMOWANIE

W ostatnich latach systematycznie przybywa dowodów na wzajemne oddziaływanie depresji i stanu zapalnego w jelitach. Upośledzenie bariery jelitowej jest bowiem niezwykle ważne w mechanizmie powstania nieswoistego zapalenia jelita, który może wpływać także na zwiększenie podatności na depresję. Wzrastająca zachorowalność na depresję oraz pojawianie się lęków u pacjentów z NZJ sprzyjają intensyfikowaniu złożonych interakcji między procesem zapalnym w jelitach, zaburzeniami immunologicznymi a mózgiem.

PIŚMIENNICTWO

1. <https://pieknoumyslu.com/jelitowy-uklad-nerwowy-drugi-mozg/> (data pobrania 13.03.2022).
2. <https://gradschool.duke.edu/academics/programs-degrees/biomedical-engineering> (data pobrania 21.03.2022).
3. https://pl.wikipedia.org/wiki/Antoni_Le%C5%9Bniowski (data pobrania 13.03.2022).
4. Gonciarz M., Szkudłapski D., Mularczyk A. i wsp.: Wytyczne postępowania z chorymi na nieswoiste choroby zapalne jelit w praktyce lekarza rodzinnego. Lekarz POZ. Wyd. Termedia 2017; (1): 1:1-11.
5. Stachowska E.: Wpływ mikrobioty jelitowej i jej modyfikacji na samopoczucie pacjentów z depresją. Postepy Hig Med Dosw 2020; 74 : 314-321.
6. <https://www.dietetica.com.pl/zwiazek-miedzy-stanami-lekowymi-depresja-a-choroba> (data pobrania 25.03.2022).

Stany depresyjne w chorobie Leśniowskiego-Crohna

7. <https://www.mp.pl/bol/badania/72477,jak-czesto-bol-towarzyszy-depresji>
(data pobrania 28.03.2022).
8. <https://www.granice.pl/cytat/108506> (data pobrania 28.03.2022).
9. <https://quotepark.com/pl/cytaty/424579-antoni-kepinski-czas-depresji-jest-zlym-czasem-od-ktorego-chcialo/> (data pobrania 28.03.2022).

Influencerzy jako autorytet w percepcji młodzieży szkolnej

Maria Anna Turossz¹, Łukasz Bober²

1. Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Filia w Białej Podlaskiej
2. Absolwent studiów II stopnia kierunku Wychowania Fizycznego, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Filia w Białej Podlaskiej

WSTĘP

Internet jest jednym z największych osiągnięć cywilizacji wypełniając wraz z mediami społecznościowymi znaczącą część życia większości z nas. Wnosząc wiele dobrego do funkcjonowania współczesnego społeczeństwa jako: atrakcyjny kanał przekazu informacji, platforma wykorzystywana w edukacji, może stanowić również zagrożenie - oszustwa internetowe, cyberprzemoc, patostreamy, pornografia.

Młodsze pokolenie coraz bardziej polega na technologii, a wiek, w którym dziecko podlega inicjacji technologicznej – pierwszy telefon, tablet, komputer, znacznie obniżył się, często to jest już wiek przedszkolny. Wśród aktywności dzieci i młodzieży w internecie znaczące miejsce zajmuje przeglądanie materiałów influencerów - internetowych dostawców filmów, postów, zdjęć, teledysków itp.

Biorąc pod uwagę fakt, iż uczenie się zachowania przebiega w wyniku warunkowania klasycznego oraz instrumentalnego, a także przez bezpośrednie powielanie działań osób znaczących istotnym jest zastanowienie jak często, z jakiego powodu, na ile świadome i znaczące jest oddziaływanie influencerów jako modeli i autorytetów w promowaniu postaw, kształtowaniu stylu życia, a także źródła wiedzy młodego pokolenia.

Termin influencer pochodzi od angielskiego słowa „influence” co można przetłumaczyć jako „wpływać, wywierać wpływ”, w języku polskim występuje też jako „lider opinii”. Terminem tym określani są różnego rodzaju twórcy internetowi, którzy posiadają dużą ilość followersów – czyli grup odbiorców danego twórcy. Dociera on do swoich odbiorców za pośrednictwem mediów społecznościowych [1]

Influencer nie tylko wpływa na opinię innych osób, ale też potrafi zbudować trwałe relacje z gronem swoich odbiorców, które mocno się z nim utożsamia. Influencerzy są rozpoznawalni, marketerzy udostępniają zdjęcie znanego internetowego celebryty, na którym mogą znajdować się markowe produkty np. ubrania lub napoje, mogą oni również udostępniać

ich wizerunek na opakowaniach danych produktów w zamian za wynagrodzenie pieniężne lub dobra materialne [2].

Influencerzy przełamali barierę pomiędzy konsumentem i marką, ponieważ nie reklamują produktu w sposób nachalny, ich promocja ma charakter recenzji, a ich publiczność ma do nich zaufanie dlatego chętniej sięga po dany produkt. Reguła ta działa szczególnie w przypadku osób w grupie wiekowej 15-25 lat, gdzie widzowie uważają influencera za wzór którym sami chcą się stać [3].

Przestrzenia działalność influencerów są: portale społecznościowe oraz media społecznościowe tzw. social media np. youtube, facebook, instagram, twitter. Użytkownikami tych portali w większości są osoby do 24 roku życia [4].

Social media poza szeregiem funkcji, jakie umożliwiają swoim użytkownikom są wykorzystywane przez prywatne marki w celach marketingowych. Tutaj właśnie pojawiają się influencerzy, którzy są swego rodzaju pośrednikami między firmą a konsumentem. [5].

Działalność influencerów w dużym stopniu polega na tworzeniu relacji wideo, tym samym wedle teorii uczenia się działają przez modelowanie i naśladownictwo, a młodzi ludzie mogą powielać zachowania influencerów, których obserwują.

Teoria uczenia się przez modelowanie to nabywanie nowych sposobów zachowywania w wyniku obserwacji przykładu innych osób. Nie odnosi się jedynie do zachowania, może również obejmować przekonania, wartości, czy też sposób myślenia [6].

Za pośrednictwem uczenia się przez modelowanie człowiek może nabyć zarówno przydatne umiejętności, jak też przyswajać modele zachowania: nieakceptowanego społecznie, ryzykownego, czy dewiacyjnego.

P.G.Zimbardo uważa, iż to właśnie przez obserwację człowiek już w okresie dziecięcym pierwotnie uczy się zachowania agresywnego, zaś modelami stają się rodzice oraz rówieśnicy [7].

Teorie uczenia się rzucają nowe światło na działalność influencerów, jako autorytetów w dziedzinie modnego, nowoczesnego i pożądanego stylu życia zarówno w jego pozytywnych, jak i negatywnych aspektach, niestety niejednokrotnie naturalni edukatorzy - rodzice i nauczyciele przegrywają w tym wyścigu o młodego człowieka.

Wraz z gwałtownym wzrostem liczby influencerów można było zaobserwować wysyp również twórców proponujących wręcz patologiczne treści - sceny przemocy, picia alkoholu, używania narkotyków oraz nawoływania do nienawiści. Ich widzami często okazywały się być osoby nieletnie. Grupa takich twórców została nazwana „patostreamerami”, a ich aktywnością

zainteresował się wymiar sprawiedliwości oraz policja, przez co ich liczba znacznie się zmniejszyła, a ludzie zaczęli bardziej krytycznie przyglądać się działalności influencerów [8].

Warto pamiętać, iż wirtualna przestrzeń kreuje współczesny świat - nowe zjawiska kulturowe, stanowi źródło wiedzy, wymiany poglądów, pomysłów, doświadczeń, pokazuje wzorce, promuje dany styl życia, wartości – jest nośnikiem zarówno pozytywnych, jak i negatywnych postaw i zachowania [9].

CEL PRACY

Celem pracy jest określenie roli influencerów jako autorytetów w percepcji młodzieży szkolnej. Badanie zostało podzielone na cztery obszary tematyczne: aktywność, motywy, wpływ, świadomość.

W pracy postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jaka jest aktywność młodzieży w internecie?
 - 1.1. Jak często młodzież przegląda materiały influencerów?
 - 1.2. Czy pandemia Covid - 19 wpłynęła na ilość czasu, jaką młodzież spędza na obserwowaniu influencerów?
2. Jakie są motywy oglądania przez młodzież materiałów influencerów?
 - 2.1. Czym charakteryzują się najczęściej oglądane przez młodzież materiały influencerów?
 - 2.2. Co młodzież lubi w influencerach?
 - 2.3. Z jakich powodów młodzież ogląda materiały influencerów
3. Czy i jaki wpływ na młodzież szkolną mają influencerzy?
 - 3.1. Jak często młodzież sięga po opinię influencerów?
 - 3.2. Czy influencerzy mają wpływ na młodzież szkolną?
4. Jaka jest świadomość znaczenia obserwowanych treści w percepcji dzieci i młodzieży oraz ich rodziców?
 - 4.1. Czy w oczach młodzieży treści prezentowane przez influencerów są wiarygodne?
 - 4.2. Czy rodzice wiedzą, jakich influencerów ich dzieci obserwują oraz ile czasu spędzają na oglądaniu tworzonych przez nich materiałów?

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięło udział 58 uczniów polskich szkół ponadpodstawowych – 30 dziewcząt i 28 chłopców wieku od 15 do 20 lat.

Influencerzy jako autorytet w percepcji młodzieży szkolnej

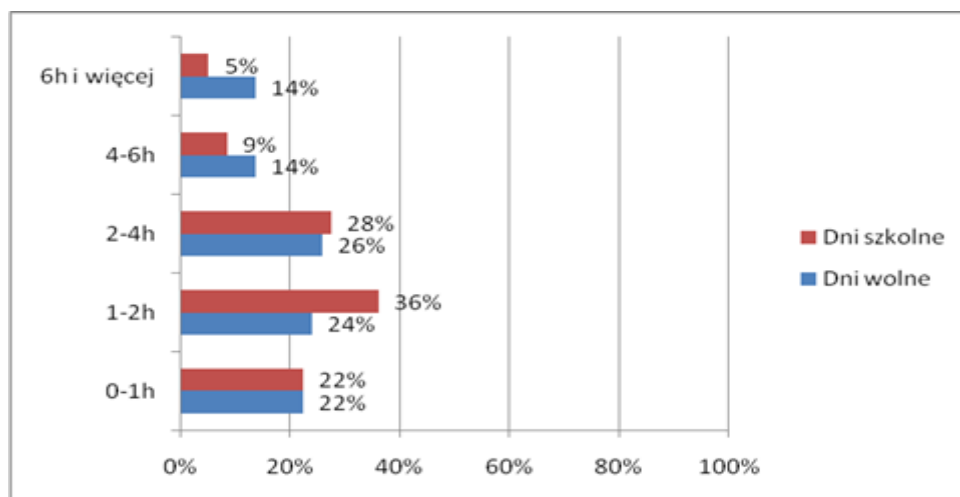
Badanie odbyło się w formie zdalnego wywiadu kwestionariuszem ankiety, który był zawarty w dokumencie formularzy google. Kwestionariusz został stworzony na podstawie modyfikacji dwóch istniejących już narzędzi badawczych:

1. The influence of Youtubers on teenagers - Wilma Westenberg, University of Twente, 2016 - badanie dotyczyło wpływu youtuberów na nastolatków [10].
2. Social media and young people's mental health and wellbeing - Young Health Movement, Royal Society for Public Health, 2017 – badanie zostało przeprowadzone techniką ankietową wśród 1479 Brytyjczyków w wieku od 14 do 24 lat. W respondenci pytani byli jak w ich ocenie wybrane social media wpłynęły na poprawę lub pogorszenie poszczególnych aspektów ich życia (14 aspektów) [11].

WYNIKI

Aktywność młodzieży w Internecie

Analizując częstotliwości przeglądania materiałów influencerów ujawniono, iż 66% nastolatków robi to prawie codziennie, a co czwarta osoba kilka razy w tygodniu. Tylko 3% badanych zadeklarowało, że wcale nie ogląda materiałów tworzonych przez influencerów. Co osoba w dni szkolne obserwuje influencerów od jednej do dwóch godzin dziennie (Rycinie1).



Rycina 1. Ilość czasu spędzonego przez młodzież na przeglądaniu materiałów influencerów w dni szkolne oraz dni wolne

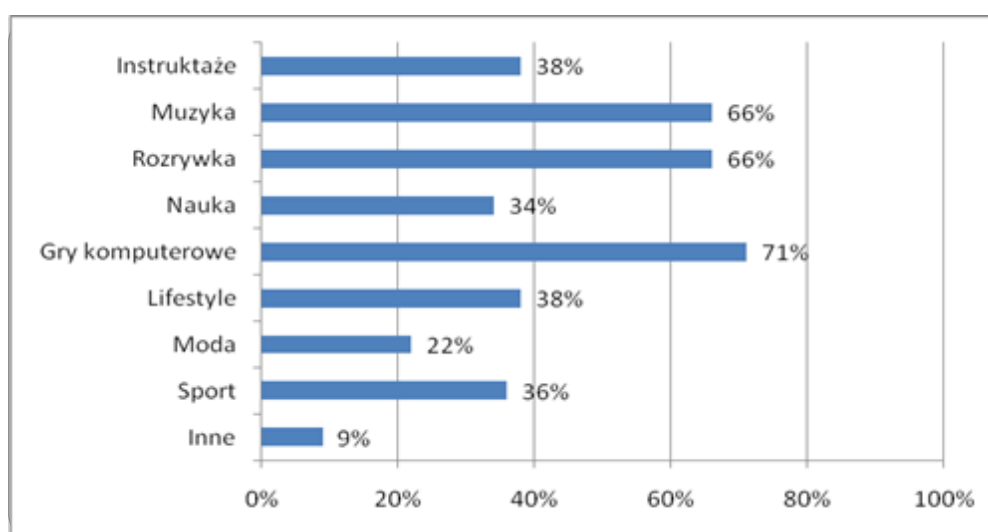
W przypadku dni wolnych od zajęć szkolnych tę samą ilość czasu poświęcała na tę czynność już tylko co czwarta osoba, jednocześnie możemy zaobserwować wzrost wartości procentowych wyboru opcji „4-6h” oraz „6h i więcej” (14%).

Influencerzy jako autorytet w percepcji młodzieży szkolnej

Ponad połowa badanych stwierdza, iż pandemia w znaczący sposób przyczyniła się do wzrostu ilości czasu poświęcanego na przeglądanie materiałów influencerów. Natomiast co czwarta osoba zadeklarowała, że czas jaki poświęca na obserwowanie materiałów influencerów nie uległ zmianie.

Motywy oglądania materiałów influencerów przez młodzież szkolną

Analizując tematykę najczęściej oglądanych materiałów (Rycina 2) można zauważyć, że trzy czwarte osób badanych przegląda treści związane z grami komputerowymi, a także z muzyką oraz rozrywką (66%).



Rycina 2. Tematyka oglądanych przez młodzież materiałów influencerów

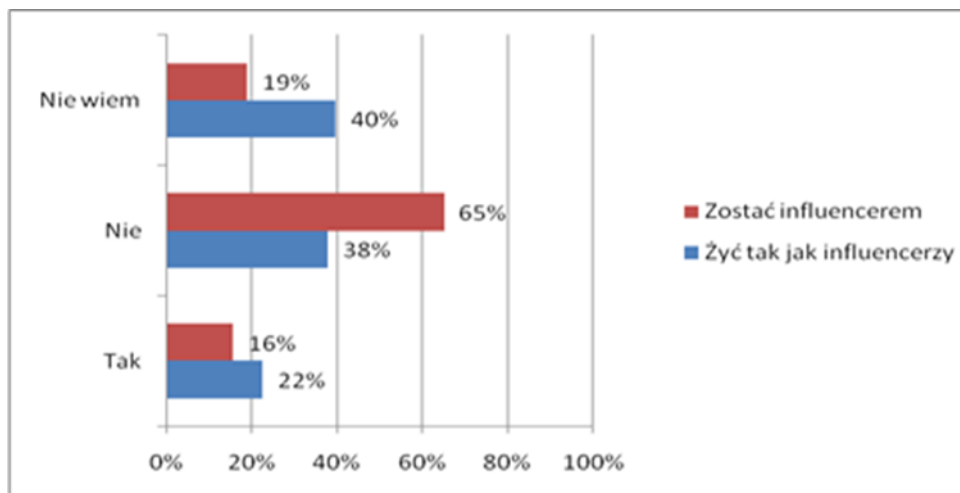
Opisując formę najczęściej oglądanych treści influencerów (Rycina 3) ujawniono, iż 74% badanych wybierało materiały w formie filmów trwających powyżej 5 minut. Niewiele mniej (60%) badanych wskazuje na nagrania wideo trwające do kilkunastu sekund, mogą to być np. tik toki.

Influencerzy jako autorytet w percepcji młodzieży szkolnej



Rycina 3. Forma najczęściej oglądanych przez młodzież materiałów influencerów

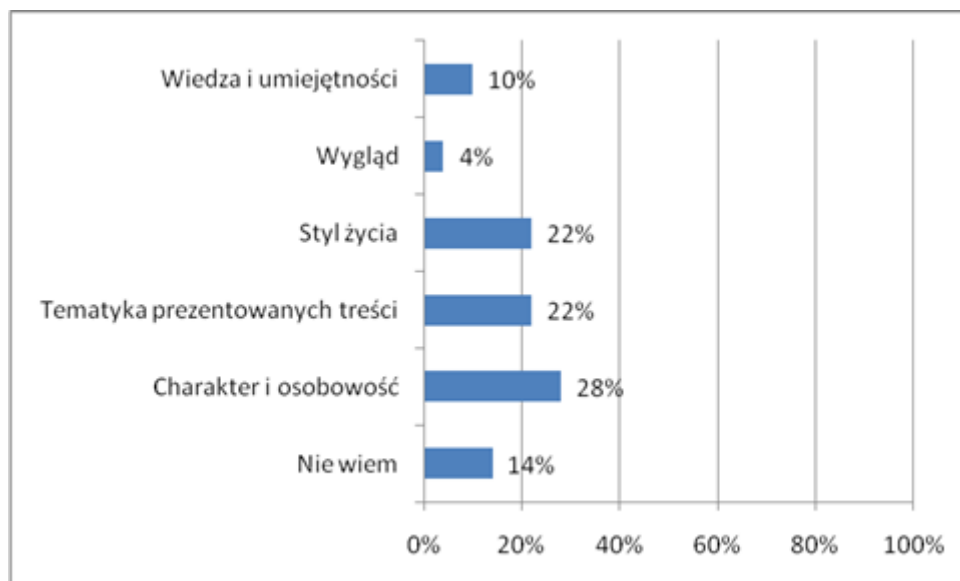
Natomiast prawie dla połowy badanych są to posty i komentarze (41%) oraz zdjęcia (43%). Analizując wyniki badań dotyczących zainteresowania młodzieży pracą oraz życiem influencera (Rycina 4) ujawniono, iż ponad połowa badanych nie chciałaby nim zostać. Natomiast co piąta osoba chciałaby żyć jak influencer.



Rycina 4. Zainteresowanie młodzieży pracą oraz życiem influencera

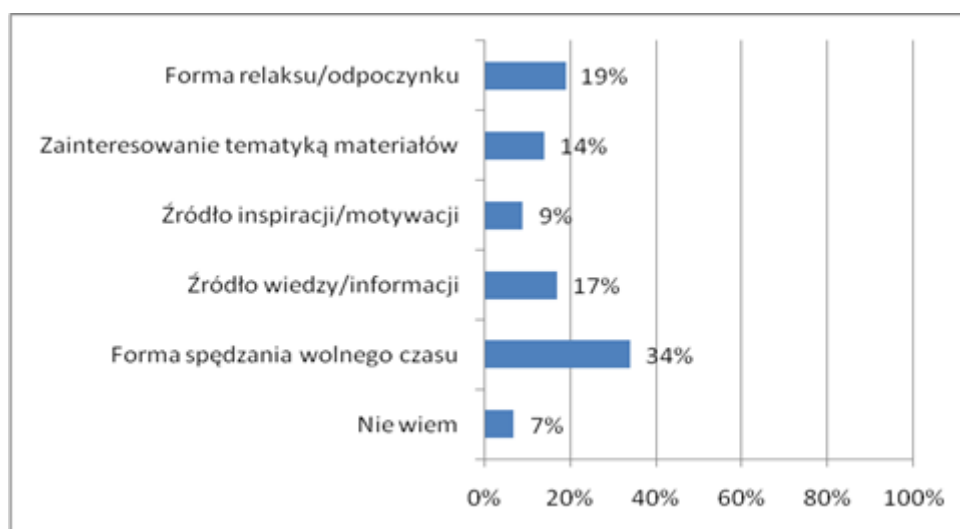
Do najbardziej atrakcyjnych cech influencera badani zaliczyli (Rycina 5) atrybuty dotyczące charakteru i osobowości (28%), a także tematyki prezentowanych treści oraz stylu życia (22%).

Influencerzy jako autorytet w percepcji młodzieży szkolnej



Rycina 5. Atrakcyjność cech influencerów w oczach młodzieży szkolnej

Tylko dla 4% badanych ważny jest wygląd influencerów. Młodzież wskazuje, iż oglądanie treści w social mediach jest dla nich formą spędzania czasu wolnego (34%), relaksem/wypoczynkiem (19%), a także źródłem wiedzy (17%) (Rycina 6).



Rycina 6. Motywy oglądania przez młodzież materiałów influencerów

Niejednokrotnie młodzież odpowiadając na to pytanie wskazywała iż – „ogląda je z nudów” lub „dla zabicia czasu. Tylko dla nielicznych osób – 9 % influencer jawi się jako źródło inspiracji.

Wpływ influencerów na młodzież szkolną

Analizując wyniki badań dotyczące korzystania z porad influencerów w przeszłości ujawniono, że ponad połowa respondentów przyznała, iż zdarzyło im się zasięgać opinii influencerów. Natomiast co piąta osoba deklaruje, że nie korzystała z rady influencerów.

Co trzeci badany czasami korzysta z porad inflencerów, zaś co piąta badana osoba wcale nie sugeruje się zdaniem influencerów (21%).

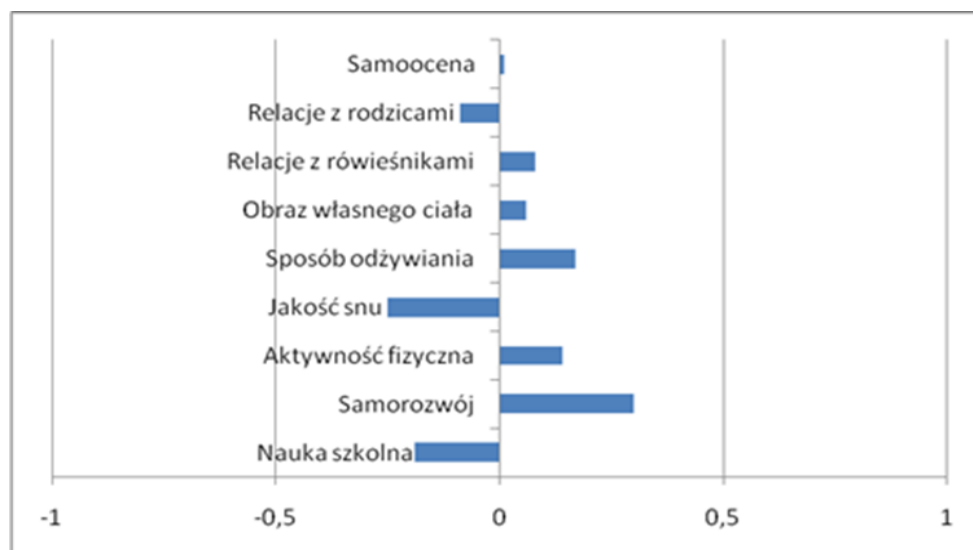
Z kolei 7 % badanych przyznaje, że bardzo często uzależnia swoją opinię od opinii na ten temat influencera.

36% badanych „rzadko”, a 24% „wcale” nie kieruje się opinią inflencerów podczas zakupów. 14% badanych uzasadnia wybór produktu od opinii influencerów „często” i „bardzo często”.

Warto zaznaczyć, iż 50% badanych osób stwierdza, iż influencerzy to osoby znaczące, które wywierają wpływ na ich życie. Natomiast co trzecia osoba badana, deklaruje przeciwnie stanowisko w tej kwestii.

38% badanych ujawniło, iż nigdy nie powieli zachowania influencerów. Co czwarta osoba przyznaje, że czasami zdarza jej się naśladować zachowanie widziane u influencera.

Analizując wyniki badań dotyczące wpływu influencerów na wybrane aspekty życia młodzieży można zauważyć, iż badani dostrzegają największe działanie na niekorzyść w zakresie: jakości snu, nauki szkolnej oraz relacji z rodzicami (Rycina 7).



Rycina 7. Wpływ influencerów na wybrane aspekty życia młodzieży szkolnej („-1” oznacza znaczne pogorszenie, natomiast „1” oznacza znaczną poprawę)

Natomiast pozytywne zmiany badani dostrzegają w zakresie: samorozwoju, sposobu odżywiania oraz relacji z rówieśnikami.

Znaczenie obserwowanych treści w percepcji młodzieży szkolnej

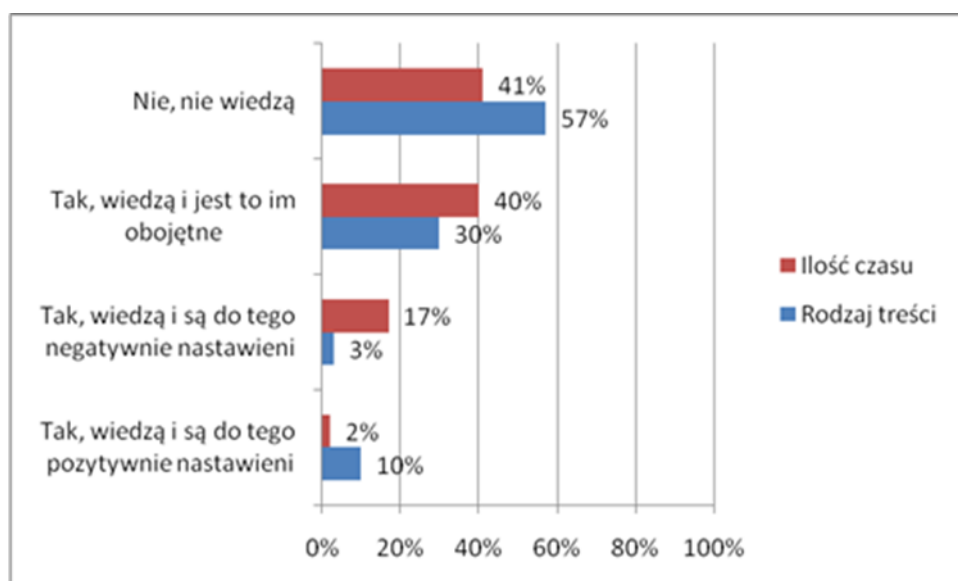
Analizując wyniki badań dotyczących oceny podobieństwa życia influencerów do tego jak je prezentują w swoich treściach ujawniono, iż 78% badanych uważa, że życie influencerów nie wygląda tak samo, jak jest ono przedstawione w ich materiałach.

Prawie połowa osób badanych (46%) uważa, że opinia influencerów na temat reklamowanego produktu nie jest szczerą. Jednak warto dodać, iż jednocześnie 44% badanych nie ma jednoznacznego przekonania.

Analizując wykres dotyczący korzystania influencerów z reklamowanych przez siebie produktów ujawniono, iż połowa badanych (57%) nie ma zdania w tej kwestii.

Natomiast co czwarta osoba uważa, że influencerzy nie używają produktów, które promują we własnych treściach.

Analizując wykres dotyczący wiedzy rodziców o ilości czasu, jaki ich dzieci spędzają na oglądaniu treści tworzonych przez influencerów oraz samego rodzaju obserwowanych materiałów (Rycina 8) można zauważyć, że spory odsetek osób badanych twierdzi, że ich rodzice nie wiedzą jak dużo czasu spędzają na oglądaniu influencerów (41%). Jeszcze więcej bo ponad połowa badanych (57%) uważa, że rodzice nie wiedzą, jakich influencerów obserwują ich dzieci lub jakiego rodzaju są oglądane przez nich treści.



Rycina 8. Świadomość rodziców na temat aktywności internetowej ich dzieci, ilość czasu oraz rodzaj obserwowanych treści

Co trzecia osoba jest zdania, że ich rodzice wiedzą jakiego rodzaju są oglądane przez ich dzieci treści jednak jest to dla nich obojętne. Podobne stanowisko deklaruje 40% badanych w przypadku ilości czasu jaki spędzają na oglądaniu influencerów.

DYSKUSJA

Sama twórczość influencerów, czy sposób ich pracy nie budzi zastrzeżeń, Problem tkwi w szczegółach takich jak: język, którym posługuje się dana osoba; sposób w jaki mówi o środowisku i uczestnikach życia społecznego; jej stosunek do prawa i używek; a także jej zachowanie. W tych aspektach influencerzy mogą zawodzić pokazując przy okazji streamu, że nie jest nic złego w używaniu wulgaryzmów, życzenia ludziom śmierci, czy też zachowaniach ryzykownych lub agresywnych. Influencera można porównać do lidera w grupie rówieśniczej. Dlatego powinni być ostrożni co do tego, co reprezentują swoją postawą obok udostępnianych treści [12].

W 2017 roku organizacje RSPH (Royal Society for Public Health) oraz YHM (Young Health Movement) przeprowadziły badanie ankietowe wśród 1479 Brytyjczyków w wieku od 14 do 24 lat. Celem badania było sprawdzenie wpływu pięciu najpopularniejszych wtedy social mediów - youtube, facebook, twitter, snapchat, instagram - na zdrowie psychiczne oraz dobrostan młodych ludzi.

Badani wskazali jakoś snu (sleep) jako cechę, która uległa największemu pogorszeniu w wyniku korzystania z social mediów, co potwierdziły również niniejsze badania. Cechami, które uległy poprawie były m.in. autoekspresja oraz odkrywanie własnej tożsamości, co jest również wynikiem potwierdzonym w niniejszych badaniach, jeśli przyjąć, iż powyższe czynniki stanowią element samorozwoju jednostki.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę uzyskane wyniki badań, które wskazują, iż 66% badanych codziennie korzysta z social mediów, w 62% licząc się z opinią influencerów, przy jednoczesnym spadku siły więzi dzieci i młodzieży z rodzicami jako naturalnymi autorytetami, powinniśmy jako społeczeństwo w większym stopniu kontrolować treści promowane w rzeczywistości wirtualnej.

Potwierdzeniem powyższej sugestii zdają się być badania dotyczące wpływu relacji parasocjalnej (jednostronną relację pomiędzy widzem, a postacią medialną – w tym wypadku influencerem) na preferencje zakupowe dzieci. Im silniejsza jest więź, tym bardziej widz traktuje danego celebrytę jako autorytet. Wyniki badań ujawniły m.in., że im silniejszy jest związek parasocjalny między dzieckiem, a influencerem, tym mniejsze znaczenie ma świadomość mechanizmu reklamy na youtube, co wydaje się szczególnie istotne w odniesieniu

do niniejszych badań ujawniających, iż 57% rodziców nie ma świadomości jak przebiega aktywność internetowa ich dzieci, ile poświęcają jej czasu i jakie obserwują treści [13].

W 2016 roku platforma społecznościowa Twitter wraz z Annalect (organizacja marketingowa) przeprowadziła badania wśród swoich użytkowników na temat ich opinii odnośnie działających na tej platformie influencerów. 49% badanych odpowiedziało, że w sytuacji, gdy poszukiwali recenzji danego produktu polegali na opinii influencerów [14]. Tej tendencji nie potwierdzają wyniki niniejszych badań bowiem 24% badanych „wcale”, a 36% „rzadko” przy zakupach posiłkuje się opiniami influencerów.

Influencerzy wywierają coraz większy wpływ na użytkowników social mediów.

Wiedza na temat wyników przytoczonych badań może pomóc lepiej zrozumieć ich ważność, szczególnie dla adolescentów, których zadaniem rozwojowym jest znalezienie odpowiedzi na to kim jestem oraz nawiązanie szerokiej sieci wsparcia społecznego. Mając to na uwadze, powinno się podchodzić w bardziej konstruktywny sposób do problematyki mediów społecznościowych i widzieć w nich coś więcej, niż tylko sposób spędzania wolnego czasu [15].

WNIOSKI

1. Młodzież szkolna przegląda materiały influencerów prawie każdego dnia, a pandemia przyczyniła się do zwiększenia ilości czasu, jaką młodzież spędza na codziennym obserwowaniu influencerów.
2. Najczęściej wskazywanym motywem oglądania materiałów influencerów jest traktowanie tej czynności jako formy spędzania wolnego czasu.
3. Większość młodzieży nie jest zainteresowana możliwością zostania influencerem, chociaż wskazują, iż mają wpływ na ich życie.
4. Oglądane przez młodzież treści tworzone przez influencerów zdaniem badanych przyczyniły się do poprawy ich samorozwoju, jednocześnie do pogorszenia jakości snu, nauki szkolnej oraz relacji z rodzicami.
5. Młodzież jest świadoma zarówno mechanizmów reklamy stosowanej przez influencerów, jak też wątpliwej jej wiarygodności.
6. Rodzice najczęściej nie wiedzą jakich influencerów obserwują ich dziecko lub ile czasu spędza ono na przeglądaniu ich treści. Niestety, nawet gdy są tego świadomi, często jest im to obojętne.

7. Należy włączyć do programu studiów pedagogicznych informacje dotyczące znaczenia influencerów jako osób znaczących w procesie kształtowania osobowości dzieci i młodzieży.

Problematyka roli influencerów w życiu nastolatków jest nowym tematem, który zasługuje na większą uwagę w związku z rosnącą ilością czasu, jaką młodzież spędza w rzeczywistości wirtualnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Schouten P.A., Janssen L., Verspaget M.: Celebrity vs. influencer endorsements in advertising: the role of identification, credibility, and product-endorser fit. *International Journal of Advertising* 2020; 39 (2): 258-281.
2. <https://www.whitepress.pl/baza-wiedzy/275/kim-jest-influencer-po-zasiegach-i-charyzmie-ich-poznacie>, (data pobrania 10.06.2020).
3. Glucksman M.: The rise and success of social media influencer marketing on lifestyle branding: a Case Study of Lucie Fink. *Elon Journal of Undergraduate Research in Communications* 2017; 8(2): 77-88.
4. Makaruk K.: Korzystanie z portali społecznościowych przez młodzież. Wyniki badania EU NET ADB. Dziecko krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka 2013; 12(1): 69-79.
5. Brzozowska – Woś M.: Media społecznościowe a wizerunek marki. *Journal of Managment and Finance* 2013; 11(1): 53-64.
6. Strelau J., Doliński D.: *Psychologia Podręcznik Akademicki Tom 1*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.
7. Zimbardo P.G.: *Psychologia i życie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
8. <https://antyweb.pl/patostreamerzy-ministerstwo-sprawiedliwosci/>, (data pobrania 14.06.2023).
9. Makaruk K.: Korzystanie z portali społecznościowych przez młodzież. Wyniki badania EU NET ADB. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka 2013, 12 (1): 69-79.
10. Westenberg W.M. Influence of YouTubers on teenagers. A descriptive research about the role YouTubers play in the life of their teenage viewers. University of Twente 2016,

11. Social media and young people's mental health and wellbeing – Young Health Movement, Royal Society for Public Health 2017, <https://www.rsph.org.uk/static/uploaded/d125b27c-0b62-41c5-a2c0155a8887cd01.pdf?fbclid=IwAR2610lcbyE8FNRSUOFkqufFPMs0Qt1HMzISR9R0ntWX5XRJwsYg4N9-ass> (data pobrania 11.2022).
12. <https://portal.librus.pl/rodzina/artykuly/influencerzy-maja-wplyw-dobry-czy-zly>, (data pobrania 16.06.2020)
13. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.03042/full> (data pobrania 13.12.2020)
14. https://blog.twitter.com/en_us/a/2016/new-research-the-value-of-inflencers-on-twitter.html (data pobrania 1.08.2023)
15. Nowak P, Chalimoniuk – Nowak M. Potencjał mediów społecznościowych w edukacji zdrowotnej [w:] Współczesne kierunki działań prozdrowotnych Wolska-Adamczyk A. (red.). WSiIZ, Warszawa 2015: 35-52.

Problemy bio-psycho-społeczne pacjenta po zabiegu nefrektomii

Miłosz Barańczuk¹, Beata Kowalewska²

1. Absolwent studiów I stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Nefrektomia jest stosowana m.in. w przypadkach leczenia nowotworu nerki w sytuacjach, gdy chemioterapia i/lub radioterapia nie dają rezultatów, lub gdy rozległość zmian nowotworowych wyklucza pozostałe sposoby leczenia. Spośród wszystkich zachorowań na nowotwory w Polsce, zachorowalność na raka nerki stanowi 3,8% wśród mężczyzn oraz 2,4% wśród kobiet (dane na rok 2020) [1]. Ilość przypadków zgłoszonych do Krajowego Rejestru Nowotworów to ok. 2900 zachorowań wśród mężczyzn i ponad 1900 wśród kobiet, z kolei liczby zgonów to kolejno: ok. 1500 i ok.1000. W przypadku obu płci szczyt zachorowalności na raka nerki przypada na wiek 65-70 lat. Na tenże przedział wiekowy przypada również największa liczba zgonów [1]. Można zatem wywnioskować, iż większość rozpoznanych przypadków zachorowania jest diagnozowana za późno i w zbyt zaawansowanym stadium choroby. Uniemożliwia to skuteczne leczenie i prowadzi do częstszych zgonów.

W ciągu ostatnich 30 lat odsetek zachorowalności na nowotwory nerek potwierdzonych uprzednio wykonanym badaniem histopatologicznym wzrósł u mężczyzn z 48% do 92%. Proporcja ta wskazuje na skuteczność wykonywanych badań diagnostycznych. Umożliwia to wcześniejsze, a więc też skuteczniejsze, leczenie choroby, na którą zachorowalność w ciągu ostatnich lat stale wzrasta. Jednak wcześniejsza diagnoza nie oznacza natychmiastowego pewnego wyleczenia. Przed takim pacjentem jeszcze długa droga, nim jego stan zdrowia będziemy mogli nazwać pozbawionym obaw i ryzyka. Do wystąpienia nowotworów nerek predysponują liczne czynniki, wśród których wymienimy czynniki środowiskowe, jak: spożycie alkoholu, niewłaściwa dieta [2], otyłość, nikotynizm oraz czynniki genetyczne.

Przez wciąż rosnącą liczbę zachorowań oraz zgonów z powodu nowotworów nerki, temat nefrektomii staje się coraz bardziej powszechny. Stale powstają nowe, innowacyjne metody nieinwazyjnej diagnostyki [3] oraz leczenia przy pomocy najnowocześniejszej aparatury [4].

Wskazania do nefrektomii

Nefrektomią radyklaną nazywamy usunięcie nerki z okalającą ją torebką tłuszczową, blaszkami powięzi nerkowej, czasem też nadnerczem i okolicznymi węzłami chłonnymi. Warunkiem jej przeprowadzenia jest dobra wydolność drugiej nerki, tak aby ta pozostając była w stanie w pojedynkę pełnić swoją funkcję z zachowaniem homeostazy organizmu. Wśród wskazań do usunięcia nerki wymienimy:-rozległe zmiany nowotworowe w obrębie nerki, czasem również guzy nadnerczy (wśród nich gruczolaki, nerwiaki zarodkowe, guzy chromochłonne oraz nowotwory kory nadnerczy), -uraz nerki [5],-marskość nerki z towarzyszącym jej lekoopornym nadciśnieniem tętniczym,-wodonercze,-kamica nerkowa z roponerczem, -zawał nerki [6].

Wyjątkowym przypadkiem wycięcia nerki jest transplantacja. Wówczas usuwa się zdrową nerkę, bez defektów w jej funkcjonowaniu. Jest to zabieg ratujący życie innej osobie, najczęściej komuś, kto wskutek choroby musiał mieć usuniętą własną nerkę lub ta przestała pełnić swoje funkcje [7].

CEL PRACY

- Identyfikacja problemów bio-psycho-społecznych pacjenta po nefrektomii
- Opracowanie indywidualnego planu opieki nad pacjentem po radykalnej nefrektomii spowodowanej rakiem nerki

MATERIAŁ I METODA

W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku z zastosowaniem procesu pielęgnowania. Materiał do pracy zebrano na podstawie obserwacji, analizy dokumentacji medycznej, pomiarów oraz wywiadu.

Badaniem przeprowadzonym od 8.maja do 19.maja 2023 roku objęto 72- letniego pacjenta po zabiegu nefrektomii przebywającego w Klinice Urologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

WYNIKI

Do opisu omawianego pacjenta podjęto próbę wywiadu z nim i jego rodziną (małżonką). Została także wykorzystana dokumentacja medyczna z zawartymi przebytymi wcześniej schorzeniami oraz dokładną historią choroby. Wypowiedzi pacjenta dodały nam także informacji na temat jego sytuacji materialno-społecznej. Sam sposób uczestniczenia w rozmowie jest ważnym argumentem, gdyż mówi nam jak otwarty i skory do współpracy jest ów

pacjent. Opis jest ponadto wzbogacony o wyniki ostatnio przeprowadzonych badań i konsultacji z lekarzami.

Opis przypadku

72-letni pacjent został przyjęty do Kliniki Urologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku dnia 8.maja 2022.r celem zabiegowego leczenia guza nerki prawej. Przebywał na oddziale do otrzymania wypisu 19.maja. W styczniu 2022. roku wykonano u niego badanie USG, w którym stwierdzono podejrzenie neoplazji śródnabłonkowej, a następnie skierowano pacjenta do poradni urologicznej. Dane zawarte w skierowaniu to: w górnym biegunie nerki prawej zmiana izoechogeniczna, prawdopodobnie otorebkowana, 33x37mm ze zwapnieniem. W trakcie pobytu pacjenta na oddziale wykonano mu badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy w skaningu przeglądowym i dożylnym podaniu kontrastu:

- przepuklina wślizgowa rozworu przełykowego przepony,
- wątroba niepowiększona, jednorodna bez uchwytnych zmian ogniskowych, szerokość przewodu żółciowego wspólnego i drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe nieposzerzone, pęcherzyk żółciowy bez widocznych w badaniu tomografii uwapnionych złogów,
- trzustka o budowie lito-zrazikowej, niepowiększona, jednorodna; przewód Wirsunga nieposzerzony,
- śledziona niepowiększona, jednorodna,
- nadnercza niepowiększone, jednorodne,
- zmiana ogniskowa górnego bieguna nerki prawej o wymiarach 41x37x38mm, ulegająca intensywnemu wzmocnieniu kontrastowemu o charakterze neoplastycznym; wokół guza występują drobne zagęszczenia okolicznej tkanki tłuszczowej; bliżej dolnego bieguna nerki prawej ognisko tłuszczowe 4mm- podejrzenie naczyńiakomięśniakotłuszczaka. Drobna torbiel nerki lewej o wymiarach 7 mm; obie nerki bez zastoju ani uwapnionych złogów, uległy prawidłowemu wzmocnieniu kontrastowemu, wydzieliły mocz; moczowody drożne, nieposzerzone, uległy odcinkowemu zakontrastowaniu w trakcie badania; aorta brzuszna nieposzerzona z obecnością zwapniałych blaszek mięsistych,
- obszar tkankowy obrączkowaty zwapniały o wymiarach 22x17mm w krezce jelita cienkiego po stronie lewej oraz zwapnienie 5 mm przy dolnej części ściany jamy brzusznej- najpewniej zwapniałe węzły chłonne; węzły chłonne krezkowe i zaotrzewnowe niepowiększone,
- uchylek części zstępującej dwunastnicy o wymiarach 35mm,
- pęcherz moczowy o gładkim obrysie ścian,

Problemy bio-psycho-społeczne pacjenta po zabiegu nefrektomii

- gruczoł krokowy bez uchwytnych w tomografii komputerowej zmian patologicznych
- brak wolnego płynu w jamie brzusznej,
- złamanie górnej blaszki granicznej trzonu kręgu Th12; zmiany zwyrodnieniowo- wytwórcze kręgosłupa, bez zmian naciekowych.

W związku z powyższym, zmiana neoplastyczna nerki prawej została poddana konsultacji chirurgicznej. Pacjenta zakwalifikowano do planowego zabiegu nefrektomii prawostronnej w znieczuleniu ogólnym.

Parametry pacjenta przy przyjęciu na oddział:

RR: 149/87; tętno: 70 bpm; waga: 95 kg; wzrost: 176 cm; BMI: 30.67;
Pomiar glikemii: 153mg/dl

Dane z wywiadu:

Pacjent porusza się bez problemu, jest w dobrej sprawności fizycznej, postawa ciała prawidłowa. Jest w stanie samodzielnie wykonywać wszystkie czynności samopielegnacyjne i fizjologiczne, przygotowywać i spożywać posiłki. Pacjent jest zorientowany auto- i allopsychicznie. Chętnie odpowiada na pytania, nastrój prawidłowy. Całe życie pracował jako rolnik, od 7 lat pobiera świadczenia emerytalne. Mieszka na wsi razem z żoną i synem. Pomimo emerytury, nadal bierze czynny udział w pracach fizycznych na gospodarstwie. Warunki bytowe określa jako dobre. Przyjmuje leki: Metformax, Glibetic, Mesopral, Beto 50 ZK, Spironol, Iporel. Nie zgłasza wcześniejszych poważnych chorób ani operacji. Alergie neguje. Pali papierosy od prawie 30 lat w ilości około paczki tygodniowo. Alkohol pija rzadko i, jak określa, w rozsądnych ilościach. Wśród chorób współistniejących wymienia: cukrzycę (zdiagnozowaną 15 lat temu), niewydolność serca i nadciśnienie tętnicze. Zgłasza wielomocz oraz problemy z nietrzymaniem moczu. Występują u niego żylaki podudzi. W badaniu USG tarczycy 4 lata temu wykryto u niego guzki tarczycy. Niekiedy miewa silne bóle głowy i suchy kaszel. Doskwiera mu wzmożone pragnienie.

Proces pielęgnowania

Powyższe informacje o stanie zdrowia pacjenta zostały pozyskane metodami wywiadu z pacjentem i jego rodziną, analizy dokumentacji medycznej oraz wyników badań. Pozwoliło to na dokładne poznanie historii choroby pacjenta, obecności i charakteru chorób współistniejących oraz czynników je predysponujących. W trakcie wywiadu pacjent chętnie współpracował i udzielił rzetelnych informacji na swój temat. Analiza tych informacji dotyczących jego sytuacji zdrowotno-społecznej pozwoliła sformułować następujące problemy pielęgnacyjne:

a) Przedoperacyjne

Problem 1. Deficyt wiedzy w zakresie nefrektomii.

Cel opieki: Zwiększenie świadomości na temat zabiegu, któremu pacjent będzie poddany.

Plan i realizacja działań:

- Wyjaśnienie pacjentowi na czym polega chirurgiczny zabieg nefrektomii.
- Wytlumaczenie konieczności poddania pacjenta zabiegowi.
- Przedstawienie wszelkich procedur poprzedzających zabieg i występujących tuż po nim.
- Przedstawienie dokładnego przebiegu operacji.
- Wskazanie wszelkich możliwych następstw, zmian w funkcjonowaniu organizmu oraz ewentualnych działań niepożądanych po przeprowadzeniu zabiegu.
- Zapewnienie pacjenta o bezpieczeństwie przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego oraz objęciu go opieką na czas jego hospitalizacji.

Ocena działań: Świadomość pacjenta na temat zabiegu nefrektomii, której pacjent został poddany, zwiększyła się. Pacjent zdaje sobie sprawę z następstw i ewentualnych działań niepożądanych zabiegu.

b) w 0 dobie po zabiegu operacyjnym

Problem 2. Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zakażenia w obrębie rany.

Plan i realizacja działań:

- Obserwacja rany i ewentualnych zmian zapalnych (obrzęku, zaczerwienienia, bólu, wydzieliny ropnej) w jej obrębie.
- Pomoc w codziennej toalecie i utrzymaniu odpowiedniej higieny ciała.
- Zmiana pościeli na czystą przynajmniej raz w tygodniu lub wtedy, gdy ulegnie zabrudzeniu.
- Utrzymanie rany w czystości, codzienna zmiana opatrunku na ranie oraz dezynfekcja powłok skórnych w jej obrębie.
- Umieszczenie zbiornika systemu drenującego poniżej poziomu ciała w celu zachowania jego efektywniejszej siły ssącej.
- Obserwacja ilości i koloru wydzieliny z drenu.
- Wymiana zbiornika z wydzieliną wysiękową, gdy ten jest wypełniony do $\frac{3}{4}$ pojemności.
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki w trakcie wszystkich wyżej wymienionych zabiegów w kierunku utrzymania higieny w obrębie rany.

Ocena działań: Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej zostało zminimalizowane.
Zakażenie nie wystąpiło.

Problem 3. Ból o wartości 6 w skali VAS w obrębie jamy brzusznej spowodowany mechanicznym uszkodzeniem tkanek w czasie zabiegu nefrektomii.

Cel opieki: Zminimalizowanie bólu pacjenta. Poprawa komfortu po zabiegu operacyjnym.

Plan i realizacja działań:

- Zadbanie o odpowiednią i wygodną pozycję ciała pacjenta po zabiegu operacyjnym.
- Rozmowa z pacjentem celem odwrócenia jego uwagi od dolegliwości bólowych.
- Podanie pacjentowi leków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
- Zachęcenie pacjenta do niefarmakologicznych form samodzielnego niwelowania bólu, odwracanie uwagi pacjenta poprzez rozmowę, nauka relaksacji, zapewnienie dogodnych warunków do snu i odpoczynku (przewietrzone pomieszczenie, przesłane łóżko, cisza).
- Umożliwienie kontaktu z rodziną.

Ocena działań: Odczuwany ból został zminimalizowany do wartości 2 w skali VAS.

Komfort pacjenta uległ poprawie.

Problem 4. Ryzyko wystąpienia krwawienia z rany pooperacyjnej.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia krwawienia.

Plan i realizacja działań:

- Obserwacja rany pooperacyjnej 2 razy dziennie podczas wymiany opatrunków pod kątem sposobu i tempa jej gojenia się oraz wyglądu szwów.
- Zalecenie pacjentowi zgłaszania wszelkich zmian zaistniałych o obrębie rany, takich jak: wzmożony ból, obrzęk, uczucie gorąca czy świąd.
- Regularna zmiana opatrunków na ranie z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
- Codzienna dezynfekcja rany pooperacyjnej przy pomocy płynów o działaniu antybakteryjnym.
- Zachowanie zasad higieny osobistej, pomoc pacjentowi w codziennej toalecie.
- Kontrola systemu drenującego, codzienna wymiana zbiorników z cieczą wysiękową.

Ocena działań: Ryzyko krwawienia zostało zminimalizowane.

Krwawienie w obrębie rany nie występuje.

Problem 5. Niepokój spowodowany hospitalizacją i przebywaniem poza domem.

Cel opieki: Zminimalizowanie niepokoju pacjenta.

Plan i realizacja działań:

- Rozmowa i obecność przy pacjencie, okazanie życzliwości i empatii.
- Zapewnienie pacjenta o celowości jego pobytu na oddziale, bezpieczeństwie oraz objęciu go opieką zdrowotną na najwyższym poziomie, spełniającą wszelkie kryteria.
- Zaproponowanie pacjentowi zastosowania preferowanych przez niego własnych metod relaksacyjnych (np. czytania książki, oglądania telewizji, wypicia herbaty, rozrywki w telefonie).
- Zachęcenie do otwartego kontaktu z innymi pacjentami na sali i personelem medycznym.
- Zachęcenie do kontaktu z rodziną i/lub bliskimi w ramach odwiedzin szpitalnych.
- Zaproponowanie rozmowy z psychologiem lub terapeutą w celu znalezienia optymalnego sposobu radzenia sobie z epizodami niepokoju.
- Jeśli to konieczne, podanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Ocena działań: Niepokój został zminimalizowany. Pacjent w dobrym stanie psychofizycznym.

Problem 6. Ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego spowodowane obecnością cewnika Foley'a w pęcherzu.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka zakażenia układu moczowego.

Plan i realizacja działań:

- Codzienna obserwacja drożności cewnika oraz koloru i objętości moczu przy wykonywaniu czynności higienicznych i / lub opróżnianiu worka na mocz.
- Dokumentowanie porannej ilości moczu w worku w szpitalnej karcie pacjenta.
- Zapewnienie pacjentowi czystej bielizny osobistej i pościelowej.
- Regularne opróżnianie worka na mocz.
- Przestrzeganie zasad higieny w obrębie kroczka, pomoc w codziennej toalecie pacjenta 2 razy dziennie.
- Wymiana cewnika i worka na mocz (cewnik zależnie od rodzaju i materiału wykonania: winylowy- maks. co 7 dni, lateksowy- maks. co 28 dni, silikonowy długoterminowy- maks. co 12 tygodni; worek maks. co 72 godz).
- Podaż płynów drogą doustną oraz drogą dożylnego wlewu kroplowego zgodnie z kartą zleceń.

Problemy bio-psycho-społeczne pacjenta po zabiegu nefrektomii

- Edukacja pacjenta w kierunku cech infekcji układu moczowego (uczucia pieczenia w cewce moczowej, zmętnienia moczu, obecności w nim krwi) i konieczności zgłaszania dolegliwości personelowi.
 - Obserwacja ujścia zewnętrznego cewki moczowej w kierunku cech infekcji w czasie codziennej toalety ciała.
 - Utrzymywanie worka na mocz poniżej poziomu ciała celem uniknięcia zwrotnego cofania się moczu z worka do pęcherza i ochrony chorego przed infekcją układu moczowego.
- Ocena działań: Ryzyko zakażenia układu moczowego zmniejszyło się.

Problem 7. Ryzyko wystąpienia pooperacyjnych powikłań układu oddechowego po znieczuleniu ogólnym oraz ograniczonej aktywności pacjenta.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań ze strony układu oddechowego.

Plan i realizacja działań:

- Obserwacja świadomości pacjenta.
- Co pół godzinna kontrola parametrów (w tym oddechów) i uwokumentowanie ich.
- Umieszczenie pacjenta w komfortowej pozycji umożliwiającej łatwe oddychanie (pozycja półwysoka).
- Stosowanie tlenoterapii w czasie do 2 godzin po zakończonym zabiegu.
- Stosowanie doraźnej tlenoterapii po okresie 2 godzin po skończonym zabiegu w zależności od parametrów i potrzeby pacjenta.
- Zapewnienie odpowiedniej jakości powietrza na sali (uruchomienie wentylacji/ otwarcie okna, unikanie przeciągów i wychłodzenia lub przegrzania pacjenta).
- Obserwacja zabarwienia powłok skórnych pod kątem wystąpienia sinicy.
- Wdrożenie ćwiczeń oddechowych przyrządowych i bezprzyrządowych.

Ocena działań: Powikłania układu oddechowego po znieczuleniu ogólnym nie występują.

Problem 8. Ryzyko infekcji linii naczyniowej w miejscu założonego wkłucia obwodowego.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka infekcji linii naczyniowej w miejscu założonego wkłucia obwodowego

Plan i realizacja działań:

- Obserwacja miejsca wkłucia z użyciem skali Baxter pod kątem wystąpienia zmian świadczących o infekcji (zaczerwienienia, obrzęku, bolesności w miejscu założenia igły vigo). Wymiana kaniuli na nową zgodnie z zaleceniami skali Baxter, tj. przy pojawieniu się pierwszych cech zapalenia.
- Niewłoczne usunięcie wkłucia obwodowego, jeśli zostanie zaniechana dożylna podaż leków i płynów.
- Stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki przy każdym kontakcie z wkłuciem obwodowy pacjenta, każdorazowa dezynfekcja korka kaniuli roztworem alkoholowym przy rozpoczęciu manipulacji oraz po każdej podaży leku założenie nowego jałowego koreczka, przepłukiwanie kaniuli przed i po dożylnym podaniu leków.
- Zmiana pościeli na czystą przynajmniej raz w tygodniu lub ilekroć się ona zabrudzi.
- Pomoc w utrzymaniu prawidłowej higieny ciała.
- Wymiana opatrunku kaniuli przynajmniej raz dziennie lub zawsze, gdy ten ulegnie zabrudzeniu, zamoczeniu czy odklejeniu.
- Zabezpieczenie kaniuli przez wyrwaniem, uszkodzeniem i zabrudzeniem poprzez stosowanie siatek ochronnych.

Ocena działań: Ryzyko infekcji linii naczyniowej w miejscu wkłucia obwodowego zostało zminimalizowane.

Problem 9. Wysokie wartości poziomu glikemii spowodowane cukrzycą typu II, niewłaściwą dietą i stanem pooperacyjnym (glikemia 217mg/dl).

Cel opieki: Obniżenie wysokiego poziomu glikemii do jego optymalnych wartości.

Plan i realizacja działań:

- Wyjaśnienie pacjentowi konsekwencji chorowania na cukrzycę typu II i przedstawienie innych problemów zdrowotnych, mogących się rozwinąć w wyniku jej nieleczenia.
- Wdrożenie diety cukrzycowej.
- Kontrola glikemii na czczo i po każdym posiłku.
- Zaproponowanie pacjentowi kontaktu z dietetykiem, w celu opracowania specjalnej, indywidualnej diety z ograniczeniem lipidów i węglowodanów.
- Zalecenie przestrzegania odpowiedniej diety z ograniczeniem spożycia żywności wysoko przetworzonej i z wysoką zawartością lipidów oraz ze zwiększeniem ilości spożycia produktów bogatych w błonnik, tłuszcze nienasycone, warzyw i owoców.

-Podanie pacjentowi przeciwcukrzycowych leków obniżających poziom glikemii zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Ocena działań: Poziom glikemii utrzymuje się na optymalnym poziomie.

Objawy hiperglikemii nie występują.

Problem 10. Ryzyko rozwoju chorób układu oddechowego spowodowane długotrwałym paleniem papierosów. Epizodyczne napady kaszlu.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka rozwoju chorób układu oddechowego.

Pozbycie się napadów kaszlu. Ograniczenie lub eliminacja palenia papierosów (chory wypala po 4-5 papierosów dziennie).

Plan i realizacja działań:

-Rozmowa i wyjaśnienie pacjentowi niebezpieczeństw zdrowotnych wynikających z długotrwałego palenia papierosów.

-Zachęcenie pacjenta do trwałego rzucenia palenia.

-Zachęcenie do stosowania technik relaksacyjnych i motywacyjnych, zastosowania środków zastępczych na czas odzwyczajania się od palenia (plastry, gumy antynikotynowe).

-Stosowanie u pacjenta inhalacji z soli fizjologicznej 2 razy dziennie w celu nawilżenia dróg oddechowych i ułatwienia odkrztuszania.

-Zaproponowanie kontaktu ze specjalistą ds. uzależnień w celu opracowania indywidualnej kuracji odwykowej.

Ocena działań: Chory podjął decyzję o podjęciu próby zaprzestania palenia (obecnie wypala 2 papierosy dziennie). Napady kaszlu nie występują.

Problem 11. Częściowe unieruchomienie pacjenta po zabiegu spowodowane obecnością cewnika Foley'a w pęcherzu oraz drenów pooperacyjnych wywołujących dyskomfort pacjenta.

Cel opieki: Aktywizacja pacjenta do aktywności w zakresie swojej wydolności. Poprawa komfortu pacjenta.

Plan i realizacja działań:

-Obserwacja pacjenta i wywiad w kierunku znalezienia czynności, przy wykonywaniu których będzie potrzebował pomocy.

-Pomoc pacjentowi w codziennych czynnościach (np. codziennej toalecie ciała, wykonywaniu potrzeb fizjologicznych, podaniu rzeczy znajdujących się poza zasięgiem jego rąk).

Problemy bio-psycho-społeczne pacjenta po zabiegu nefrektomii

- Umieszczenie worka na mocz oraz drenów na wieszakach pod łóżkiem pacjenta.
- Towarzyszenie pacjentowi w samodzielnym wykonywaniu czynności w celu jego asekuracji.
- Zabezpieczenie drenu celem jego stabilizacji i profilaktyki usunięcia z loży pooperacyjnej.
- W sytuacji gorszego samopoczucia, zapewnienie do poruszania się chodzika.
- Usunięcie cewnika i drenów z ciała pacjenta, kiedy nie będzie już konieczności ich utrzymania.

Ocena działań: Aktywność pacjenta zwiększyła się. Usunięto cewnik Foleya. Komfort pacjenta poprawił się.

Problem 12. Lęk spowodowany niewiedzą na temat swojego stanu zdrowia i towarzyszących chorób.

Cel opieki: Poprawa świadomości pacjenta na temat własnego stanu zdrowia.

Zmniejszenie odczuwania towarzyszącego mu lęku.

Plan i realizacja działań:

- Wyjaśnienie pacjentowi konieczności jego hospitalizacji.
- Umożliwienie rozmowy z lekarzem prowadzącym w celu przedstawienia mu diagnoz, wyników badań i analiz dotyczących jego stanu zdrowia i dolegających mu dysfunkcji.
- Zaproponowanie pacjentowi kontaktu z pozostałymi pacjentami na sali lub oddziale.
- Zalecenie ewentualnej konsultacji z psychologiem w celu opracowania sposobów radzenia sobie z lękiem i stresem.
- Dostarczenie materiałów dydaktycznych (ulotek, poradników) dotyczących chorób pacjenta.
- Umożliwienie kontaktu z rodziną.
- Umożliwienie rozmowy rodziny z lekarzem i edukacja rodziny w zakresie postępowania w chorobach, na jakie cierpi pacjent.

Ocena działań:

Pacjent jest świadomy swojego stanu zdrowia i chorób jakie mu towarzyszą.

Odczuwanie lęku przez pacjenta zmniejszyło się.

Problem 13. Ryzyko rozwoju chorób spowodowane otyłością (BMI -30.67).

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka rozwoju innych chorób. Zmniejszenie masy ciała.

Problemy bio-psycho-społeczne pacjenta po zabiegu nefrektomii

Plan i realizacja działań:

- Uświadomienie pacjenta o chorobach, jakie mogą się rozwinąć wskutek towarzyszącej nieleczonej otyłości (np. choroby wątroby i pęcherzyka żółciowego, nadciśnienie tętnicze, choroby stawów).
 - Przedstawienie dysfunkcji i utrudnień w życiu codziennym wynikających z otyłości (np. utrudnione poruszanie się, otyłość trzewna).
 - Zaproponowanie pacjentowi konsultacji z dietetykiem w celu opracowania odpowiednio dopasowanej indywidualnej diety z deficytem kalorycznym.
 - Zachęcenie pacjenta do zmiany stylu życia i swoich nawyków żywieniowych: zaprzestanie podjadania między posiłkami, eliminacja z diety słodkich napojów oraz żywności wysoko przetworzonej, a wprowadzenie produktów bogatych w błonnik (pełne ziarno), tłuszcze nienasycone oraz dużej ilości warzyw i owoców.
 - Zalecenie pacjentowi podjęcia pozazawodowej aktywności fizycznej dostosowanej do jego możliwości, np. spacer, nordic walking, jazda na rowerze.
 - Zachęcenie do dokumentowania swoich postępów w postaci wykonywania regularnych pomiarów (np. obwodu brzucha), ważenie się raz w tygodniu w tych samych warunkach (ten sam dzień tygodnia, po wstaniu i wypróżnieniu) oraz fotografowania własnej sylwetki i zachodzących w niej zmian.
- Ocena działań: Masa ciała oraz BMI zostały zredukowane (pacjent waży 77kg, jego BMI wynosi 24.86).

Zalecenia samopielęgnacyjne dla pacjenta po zabiegu nefrektomii

Opuszczenie szpitala przez pacjenta niewątpliwie jest dla niego ulgą. Jednakże nie może on sobie pozwolić na swobodną bez troskę, ponieważ teraz z dala od profesjonalnej opieki medycznej, jest on zdany na własną samoopiekę lub wsparcie opiekuńcze ze strony swoich bliskich. Opieka nad pacjentem w domu jest nie mniej ważna niż ta w warunkach szpitalnych. Jeśli sytuacja tego wymaga, pacjenta w domu może odwiedzić pielęgniarka środowiskowa. Również lekarz prowadzący po wcześniejszym ustaleniu konsultacji jest w stanie udzielić dodatkowych wskazówek, jeśli sytuacja samopoczucia pacjenta się komplikuje. U przedstawionego pacjenta dokonano następujących zaleceń samopielęgnacyjnych:

-Dbanie o stan rany pooperacyjnej-

W samodzielnym zajmowaniu się raną najważniejsza jest jej obserwacja oraz znajdujących się w jej obrębie szwów. Jeżeli w jej obrębie nie pojawiają się żadne zmiany- zaczerwienienie, obrzęk, krwotok, nie występują świąd i pieczenie, wówczas pacjent może być

pewien, że gojenie się zachodzi prawidłowo. Nie może zapominać o stosowaniu zasad codziennej higieny, co dodatkowo zmniejszy ryzyko wystąpienia zakażeń. W ciągu pierwszych dni pobytu w domu rana może nadal lekko pobolewać, wówczas możliwe jest stosowanie odpowiednich farmakologicznych środków przeciwbólowych. W zależności od rany i sposobu szycia, koniecznym może być stawienie się w jednostce medycznej na zdjęcie szwów.

Regularne wizyty kontrolne u lekarza urologa oraz obserwacja dolegliwości na tle układu moczowego-

Pacjent powinien się stawić na kontrolę w określonym przez lekarza prowadzącego terminie. Musi on wyeliminować ryzyko wystąpienia nieprawidłowości w gojeniu lub wystąpienia nieplanowanych zmian, których nie widać gołym okiem. Często pacjent musi zostać poddany badaniu ultrasonograficznemu jamy brzusznej w celu dokładnych oględzin miejsca operowanego. Wszelkie wątpliwości na temat swojego stanu po przeprowadzonej nefrektomii można zgłaszać lekarzowi, a ten jest zobowiązany je rozwiązać i postawić rzetelną diagnozę na temat stanu rekonwalescencji pacjenta. Systematyczność wizyt lekarskich pomaga nie przeoczyć żadnej z ewentualnych zmian.

-Przestrzeganie diety.

W celu pozbycia się otyłości [8] i poprawy swojego ogólnego samopoczucia rekomendowane jest stałe stosowanie się do specjalnie opracowanej dla pacjenta diety. Pozbycie się kilku kilogramów sprawi, że codzienne funkcjonowanie będzie łatwiejsze, a ponadto mniejszy stopień otyłości będzie mniej predysponował do rozwoju takich niebezpiecznych chorób jak miażdżyca. Utrata wagi rzędu 18 kg od obecnego poziomu spowoduje obniżenie BMI z poziomu 30.67 do 24.86 (z otyłości I stopnia do wagi prawidłowej). Nawet utrata 10 kg już spowoduje obniżenie BMI o ponad 3 punkty. Pacjent musi być świadom, iż proces zmniejszania masy ciała powinien być powolny, aby poskutkował lepszymi i długotrwałymi wynikami. Początkowo może być on niezadowolający, jednak w tym planie należy zachować cierpliwość i zdyscyplinowanie. Również rodzina i najbliżsi pacjenta powinni odgrywać czynny udział w jego przestrzeganiu diety. Ich rola powinna opierać się na motywacji oraz obserwacji zmian zachodzących w jego organizmie. Muszą także pełnić nad nim nadzór i nie dopuszczać na dni bez diety, bowiem takie zabiegi przyczyniają się do nawracania dawnej wagi.

-Regularna kontrola glikemii-

Z uwagi na cukrzycę typu II, na którą cierpi pacjent, koniecznym jest regularne mierzenie poziomu cukru we krwi- przynajmniej dwa razy dziennie, na czczo i po głównym posiłku (lub częściej w zależności od zaleceń lekarza). Będzie ono pomagało w kontroli własnego organizmu i niektórych jego parametrów oraz w uniknięciu wysokich wartości glikemii z towarzyszącymi jej objawami, wśród których wymienimy uczucie zmęczenia, suchość jamy ustnej czy wielomocz. Warto też wspomnieć, że inne komplikacje cukrzycy, np. zespół stopy cukrzycowej, mają większą szansę do rozwoju w przypadku długo utrzymującej się hiperglikemii [9].

-Stosowanie aktywności fizycznej-

Aktywność również pomoże w utrzymaniu optymalnej masy ciała. Większy ubytek kalorii będzie powodował wolniejsze przybieranie na wadze, a w większej ilości nawet spadek masy ciała. Dodatkowo, wzmocni ona mięśnie i kości pacjenta, działając zapobiegawczo w stosunku do mogących się rozwinąć wraz z wiekiem chorób układu ruchu, np. osteoporozy. Powinna zostać zachowana ostrożność, zwłaszcza na początku podjęcia dodatkowej aktywności fizycznej, ponieważ zbyt duży wysiłek może spowodować niepożądane kontuzje. Najbardziej efektywnie będzie zacząć od swobodnych spacerów, pływania w basenie i sukcesywnie zwiększać długość ich trwania do nawet godziny. Kolejnym etapem może być dodanie dodatkowych ruchów stawowych, które występują w np. nordic walking. Gdy dojdzie do poprawy ogólnej sprawności i wydolności pacjenta, można wdrożyć bardziej zaawansowane ćwiczenia, oczywiście z ograniczeniem ich poziomu i rozległości do możliwości pacjenta. Świetną propozycją w tym przypadku będą ćwiczenia z gumami, piłkami czy rozciąganie na macie. Należy pamiętać, aby ćwiczenia wykonywać pod okiem opiekuna, który pomoże pacjentowi w ewentualnym upadku czy kontuzji, zadba o jego technikę wykonywania ćwiczeń i będzie nadzorował, by pacjent się nie przemęczał.

-Ograniczenie palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu-

Ograniczenie używek będzie sprzyjało poprawie ogólnego stanu zdrowia pacjenta. Jeśli ten zdecyduje się trwale rzucić palenie, istnieje szansa, że pozbędzie się doskwierającego mu niekiedy kaszlu. Należy całkowicie odstawić tytoń. Jego wpływ może być pozornie niegroźny i mieć powolne działanie, jednak z czasem, gdy pojawią się symptomy wystąpienia chorób układu oddechowego, mogą być one już na mocno zaawansowanym poziomie. Już w tym momencie pacjentowi niekiedy cięży suchy kaszel. Z tego powodu dobrym rozwiązaniem

będzie zakup aparatury do samodzielnej inhalacji w domu. Może być ona stosowana z pomocą rodziny, jednak jest to zabieg na tyle łatwy, że pacjent będzie w stanie sam się nauczyć jego obsługi. W miarę możliwości pacjent powinien przebywać na świeżym powietrzu. Do tego wskazane jest odstawienie alkoholu, gdyż ten podwyższając ciśnienie tętnicze będzie obciążał pozostałą jedną nerkę. Jego spożycie również należy wyeliminować całkowicie. Te, podobnie jak inne używki, są w stanie wpłynąć na rozwój wielu chorób, w tym nowotworowych. Spożywanie alkoholu jest niesprzyjające organizmowi, zwłaszcza w obecnym wieku pacjenta i jego sytuacji zdrowotnej [10]. Niewskazane jest jego spożycie nawet w niewielkich ilościach. Mogą one osłabiać pracę nie tylko nerki, ale też wątroby, trzustki czy pęcherzyka żółciowego. Profilaktycznie dla całego ustroju pacjent powinien zapomnieć na stałe o alkoholu. Pozbycie się nałogów pozwoli pacjentowi żyć ze świadomością, iż dał sobie dzięki temu kilka dodatkowych lat życia, nie dopuszczając do rozwoju kolejnych chorób.

Wszelkie niepokojące zmiany i odchylenia pacjent powinien zgłaszać swojemu lekarzowi rodzinnemu oraz lekarzom specjalistom prowadzącym jego leczenie w zakresie istniejących schorzeń.

PODSUMOWANIE

Długość życia w Polsce wynosi po 79,6 lat dla kobiet i 71,6 lat wśród mężczyzn (według raportów GUS z 2022r). Przypadki zachorowalności i zgonów z powodu raka nerki również mają na niego wpływ. Choroba ta dotyka najczęściej osób z wieku zbliżonym do owych statystyk. W leczeniu tej, podobnie jak w przypadku innych chorób, pozytywne efekty leczenia mogłyby ulec polepszeniu, jeśli większy nacisk zostałby położony na jej prewencję i diagnostykę.

W ostatnich latach, dzięki najnowszym osiągnięciom techniki, możliwym jest przeprowadzanie zabiegów ratujących życie, takich jak nefrektomia z małą inwazyjnością i w bardzo krótkim czasie. Niegdyś prowizoryczne i eksperymentalne zabiegi, dzisiaj szczycą się wysokim zaawansowaniem, profesjonalną aparaturą i fachowym, bezpiecznym wykonaniem. Zabiegi te niewątpliwie ratują życie i niejednokrotnie były dla pacjentów wybawieniem od poważnego stadium rozwoju choroby, a w efekcie śmierci. Niezależnie od tego, czy zabieg wykonywany jest klasyczną metodą otwartą, czy chirurg operuje za pomocą endoskopu, czy też robot chirurgiczny zastępuje chirurga przy stole operacyjnym, zabiegi te spełniają swoją powinność i pomagają w leczeniu pacjentów chorych na nowotwory nerek.

Jednak nawet nowinki technologiczne nie uczynią z chorego natychmiast zdrowego człowieka. Do gruntownej poprawy stanu pacjenta po zabiegu konieczna jest rekonwalescencja, w trakcie której nieodzowna jest profesjonalna i przemyślana opieka pielęgniarska. Nadzór

pielęgniarsza jest nie mniej istotny niż sam zabieg chirurgiczny. Jego rola może pozornie wyglądać na niezbyt ważną, jednak to do jego zadań należą obserwacje, zabiegi medyczne i czynności higieniczne. Te paradoksalnie proste czynności przyczyniają się do gruntownej poprawy stanu i komfortu pacjenta. To, jak pielęgniarz obejmie pieczę nad pacjentem bezpośrednio po operacji, będzie ważyło na jego późniejszym stanie zdrowia i problemami zdrowotnymi. Od niego bowiem zależy zapobieganie i dopilnowanie, by nie dochodziło do żadnych powikłań po wykonanej nefrektomii, np. zakażeń czy niechcianych krwawień i bólu. Wszelkie powikłania mogą zniechęcić pacjenta do kolejnej hospitalizacji, a ponadto spowodować nieskuteczność leczenia. W trudnych przypadkach może to doprowadzić do całkowitego pogorszenia stanu zdrowia i rozwoju innych śmiertelnych chorób, np. posocznicy.

Choć większość czasu gojenia się ran i dochodzenia do siebie po zabiegu operacyjnym pacjent przebywa w domu, to właśnie czas spędzony na oddziale szpitalnym jest najważniejszy. To stąd pacjent zabiera odpowiednią wiedzę niezbędną do samodzielnej opieki. Niezależnie od jego wieku i sytuacji zdrowotnej, ma on prawo nie być wykwalifikowany w zakresie chorób, na które cierpi. Pielęgniarz musi w odpowiednio przedstawić mu należyte instrukcje w zrozumiałym dla niego sposób, aby pacjent od teraz posiadał wiedzę, jak zastosować się do zaistniałych w jego organizmie i funkcjonowaniu zmian. Obejmuje ona świadomość o ograniczeniach i zakazach (np. obfitego wysiłku), a także przeciwwskazaniach. Nawet takie szczegóły, jak przestrzeganie odpowiedniej diety czy należyta staranność przy pielęgnacji skóry wokół rany pooperacyjnej mogą w przyszłości zaważyć na tym, czy ten ponownie trafi do szpitala, czy też nie. Stosując się do wszystkich zaleceń pielęgniarskich, pacjent nie ma możliwości zaszkodzić swojemu zdrowiu.

Należy pamiętać, że pacjent traktuje osobę pielęgniarszą z odpowiednim respektem. Oznacza to, iż stawia go za wzór i autorytet w aspekcie wiedzy medycznej. W związku z tym, na pielęgniarszu spoczywa wielka odpowiedzialność, gdyż początkowo samodzielnie opiekuje się pacjentem, a następnie odpowiednio go edukuje. Niejednokrotnie to, co pacjent wynosi z okresu swojej hospitalizacji, zależy właśnie od osoby pielęgniarskiej. Przez wielu, służba pielęgniarska postrzegana jest jako druga tak samo ważna i wykwalifikowana jak lekarska, a czasem nawet są postrzegane jako równe sobie, wzajemnie się dopełniające profesje. Jednak to pielęgniarz przebywa z pacjentem większą ilość czasu, a więc też to on ma możliwość bardziej na niego wpłynąć. Z tego właśnie powodu powinien on dołożyć wszelkich starań, aby całość owej opieki był jak najbardziej efektywny i zdyscyplinowany, wzbogacony o życzliwość i otwartą postawę, a ponadto być zawsze gotów i skory do pomocy.

W wyniku przeprowadzonego badania wyłoniono główne problemy pielęgnacyjne pacjenta do których należały:

- Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej,
- Ból o wartości 6 w skali VAS w obrębie jamy brzusznej spowodowany mechanicznym uszkodzeniem tkanek w czasie zabiegu nefrektomii,
- Ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego spowodowane obecnością cewnika Foley'a w pęcherzu,
- Ryzyko wystąpienia pooperacyjnych powikłań układu oddechowego po znieczuleniu ogólnym oraz ograniczonej aktywności pacjenta,
- Wysokie wartości poziomu glikemii spowodowane cukrzycą typu II, niewłaściwą dietą i stanem pooperacyjnym (glikemia 217mg/dl).

Podjęte działania pozwoliły na ograniczenie wystąpienia powikłań i poprawę stanu zdrowia pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Wojciechowska U., Barańska K., Michałek I., Olasek P., Miklewska M., Didkowska J. A.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 roku. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2022.
2. Tantisattamo E., Dafoe D. C., Reddy U. G., Ichii H., Rhee C. M., Streja E., Landman J., Kalantar-Zadeh K.: Current Management of Patients With Acquired Solitary Kidney, *Kidney International Report* 2019; 4(9): 1205-1218.
3. Badowska-Kozakiewicz A. M., Budzik M. P.: Markery nowotworowe w rutynowej diagnostyce raka nerki. *Via Medica*, Warszawa 2013.
4. Jakubiak K.: Rozwój chirurgii robotowej w Polsce; <https://www.mzdrowie.pl/trendy/raport-rozwoj-chirurgii-robotowej-w-polsce/> pobrano 20.05.2023.
5. Rodríguez R. M., Caffaratti H., Caffaratti J., Pallares L., Pereiro M.: Sports renal injury: Emergency Nephrectomy. *Archivos españoles de urología* 2018; 71(7): 622-623.
6. Szczeklik A., Gajewski P.: *Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna*, Kraków 2014.
7. Woderska-Jasińska A., Hermanowicz M., Włodarczyk Z.: Transplantacja nerki jako metoda leczenia nerkozastępczego pacjenta z przewlekłą chorobą nerek. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2021; 6(1): 73–83.

Problemy bio-psycho-społeczne pacjenta po zabiegu nefrektomii

8. Żuchowska M. M., Kochman D., Głowacka M.: Problemy pielęgnacyjne pacjenta z wielochorobowością w przebiegu otyłości. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2017; (2)1: 87-111.
9. Moszczuk B., Labochka D., Czarnecka A.: Wpływ inhibitorów kinaz tyrozynowych stosowanych w leczeniu raka nerki na zaburzenia cukrzycowe, Choroby nowotworowe: wybrane zagadnienia. Fundacja na rzecz promocji nauki i rozwoju TYGIEL, Lublin 2015.
10. Białobrzaska B.: Anemia nerkopochodna- co należy wiedzieć o oszczędzaniu krwi u pacjentów hemodializowanych? *Renal Disease and Transplantation Forum* 2016; (9)1: 59-65.

Pandemia COVID-19 a funkcjonowanie społeczeństwa

Żaneta Kinga Chmur¹, Beata Kowalewska²

1. Absolwentka studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

COVID-19 to choroba wywołana przez wirusa SARS-CoV-2, należący do grupy koronawirusów. Nazwa choroby została ogłoszona przez WHO (*World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia). W słowie COVID-19, "CO" oznacza koronę z angielskiego – corona, "VI" - wirusa (*ang. virus*), "D" - chorobę (*ang. disease*), natomiast liczba 19 odnosi się do roku w którym pojawił się wirus – rok 2019 (*Corona-Virus-Disease-2019*). Natomiast nazwa wirusa SARS-CoV-2 pochodzi od pierwszych liter angielskich wyrazów *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* - koronawirus zespołu ostrej niewydolności oddechowej 2 [1].

W grudniu 2019 roku zarejestrowano w Chinach w stolicy prowincji Hubei w miejscowości Wuhan pierwsze przypadki zakażeń patogenem SARS-CoV-2. Wirus szybko rozprzestrzenił się poza Chinami. Pod koniec stycznia 2020 roku odnotowano zakażenia między innymi we Francji, Finlandii, Holandii, Niemczech i we Włoszech. Natomiast 17 marca 2020 roku potwierdzono zachorowania na COVID-19 we wszystkich krajach Europy. W Polsce pierwszy potwierdzony przypadek infekcji SARS-CoV-2 stwierdzono w dniu 4 marca 2020 roku. W związku z dynamicznym globalnym wzrostem zakażeń, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła stan pandemii COVID-19. Liczba osób zakażonych SARS-CoV-2 (stan na 18.11.2022 r.) wynosiła: w Polsce - 6 348 380, w Europie – 263 119 943, na świecie – 633 601 048 przypadków. W Polsce najczęściej zakażeń wystąpiło w województwie mazowieckim, śląskim, dolnośląskim, zaś najmniej w świętokrzyskim, lubuskim i podkarpackim [2].

Według raportów WHO osoby w wieku podeszłym, osoby z chorobą nowotworową oraz osoby z chorobami współistniejącymi takimi jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, choroba wieńcowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), przewlekła choroba nerek częściej umierają z rozpoznaniem COVID-19 w stosunku do reszty społeczeństwa. Liczba przypadków śmiertelnych (stan na 18.11.2022 r.) wynosiła w Polsce 118 267, a na świecie 6 596 542 [3,4].

Od chwili rozpoczęcia się pandemii COVID-19 na całym świecie koncentrowano się na opracowaniu szczepionki przeciwko wirusowi SARS-CoV-2. 21 grudnia 2020 roku Komisja Europejska zatwierdziła pozwolenie na pierwszą szczepionkę przeciw COVID-19, 6 dni później w całej Unii Europejskiej rozpoczęto szczepienia. W Polsce na dzień 18.11.2022 r. wykonano 57 572 558 szczepień, a liczba osób w pełni zaszczepionych wynosiła 22 592 936. Według stanu na dzień 16 listopada 2022 r. na całym świecie podano łącznie 12 943 741 540 dawek szczepionki przeciw COVID-19 [2,4].

Koronawirusy należą do grupy wirusów powodujących zakażenie u ludzi, a także zwierząt. Aktualnie rozpoznanych jest siedem gatunków koronawirusów. W 2019 roku zidentyfikowany został nowy koronawirus SARS-CoV-2 (koronawirus zespołu ostrej niewydolności oddechowej). Należy on do beta-koronawirusów, do których należy również wirus SARS-CoV (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus*, koronawirus zespołu ostrej niewydolności oddechowej) wywołując epidemię w latach 2002-2003 oraz MERS-CoV (*Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*, bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej) przyczyniający się do epidemii w 2012 i 2015 roku. Genom nowego koronawirusa SARS-CoV-2 jest zgodny w 79% z genomem SARS-CoV i w 52% z genomem MERS-CoV [2,5].

Wirus SARS-CoV-2 przenosi się drogą kropelkowo-powietrzną poprzez drogi oddechowe podczas kaszlu, kichania, rozmowy, ale do zakażenia również może dojść przez przewód pokarmowy w wyniku bezpośredniego kontaktu błon śluzowych z zanieczyszczonymi przedmiotami, które mogą być potencjalnym źródłem zakażenia. W badaniach wykazano, że wirus ten może znajdować się również we krwi, łzach, moczu, kale czy nasieniu. Nie stwierdzono jednak możliwości zakażenia się tymi drogami. Wiriony SARS-CoV-2 mogą utrzymywać się w postaci aerozolu do około 3 godzin w środowisku o temperaturze 21–23°C i wilgotności powietrza $\geq 40\%$ oraz na powierzchniach przedmiotów w zależności od ich właściwości, na przykład na powierzchni papierowej do 24 godzin, a plastikowej oraz ze stali nierdzewnej do 72 godzin. Dlatego ważne jest przestrzeganie zasad higieny w celu profilaktyki zakażenia wirusem [2,3,6].

Pojawienie się wirusa SARS-CoV-2 znacznie wpłynęło na funkcjonowanie społeczeństwa na całym świecie. Pojawienie się tego patogenu zmusiło ludność do zmiany codziennego życia i przystosowania się do nowych warunków. Skutki choroby COVID-19 dotyczą nie tylko zdrowia fizycznego, ale także psychicznego i funkcjonowania społecznego.

CEL PRACY

Określenie wpływu choroby COVID-19 na funkcjonowanie społeczeństwa polskiego.

Cel ogólny wzbogacono następującymi celami szczegółowymi:

1. Ocena skutków wpływu wirusa SARS-CoV-2 na zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne w grupie badanych.
2. Porównanie stylu życia uczestników badania sprzed pandemii oraz po ustaniu pandemii COVID-19.
3. Poznanie opinii osób badanych dotyczącej pandemii COVID-19.

MATERIAŁ I METODA

Badaniem ogólnospołecznym objęto 150 osób, w tym 106 kobiet (71% badanych) w wieku od 18 do 73 oraz 44 mężczyzn (29% badanych) w wieku od 18 do 73. Średnia wieku osób badanych wyniosła 31 lat. Badanie realizowane było od 1 lutego do 3 marca 2023 roku.

Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety, udostępnionego drogą elektroniczną w mediach społecznościowych - Facebook. Przystąpienie do badania ankietowego było równoznaczne z wyrażeniem zgody na wypełnienie ankiety, a udział w badaniu był w pełni anonimowy oraz dobrowolny.

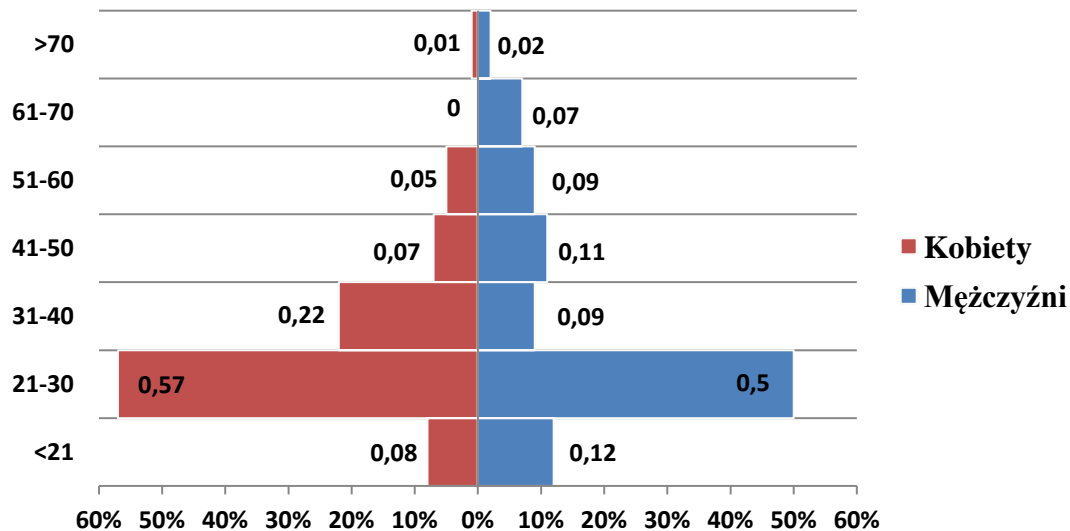
Kwestionariusz ankiety składał się z części metryczkowej oraz zasadniczej. Część metryczkowa zawierała 7 pytań, natomiast część zasadnicza 29 pytań. W większości były to pytania zamknięte, które dotyczyły funkcjonowania społeczeństwa polskiego podczas trwania pandemii COVID-19.

Protokół badania został zatwierdzony przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, numer uchwały – APK.002.384.2022. Zebrane informacje podczas badania ankietowego zostały opracowane z wykorzystaniem programu Statistica 13.3 i Microsoft Excel 2010 oraz zaprezentowane w formie opisowej i graficznej za pomocą tabel i rycin.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 150 osób. Większość badanych stanowiły kobiety - 71% (n=106), a 29% (n=44) stanowili mężczyźni.

Zdecydowana większość osób ankietowanych należała do przedziału wiekowego 21-30 lat, w tym 57% kobiet oraz 50% mężczyzn. Najmniejszą ilość ankietowanych wśród mężczyzn stanowiły osoby w wieku powyżej 70 roku życia, natomiast wśród kobiet osoby powyżej 60 roku życia. Pozostałe grupy wiekowe zobrazowane są na Rycinie 1.



Rycina 1. Wiek ankietowanych

Prawie połowa osób badanych posiadała wykształcenie średnie – 47%. Drugą najliczniejszą grupę stanowią osoby z wykształceniem wyższym – 40%. Pozostałe osoby posiadały wykształcenie zawodowe – 10% oraz podstawowe – 3%.

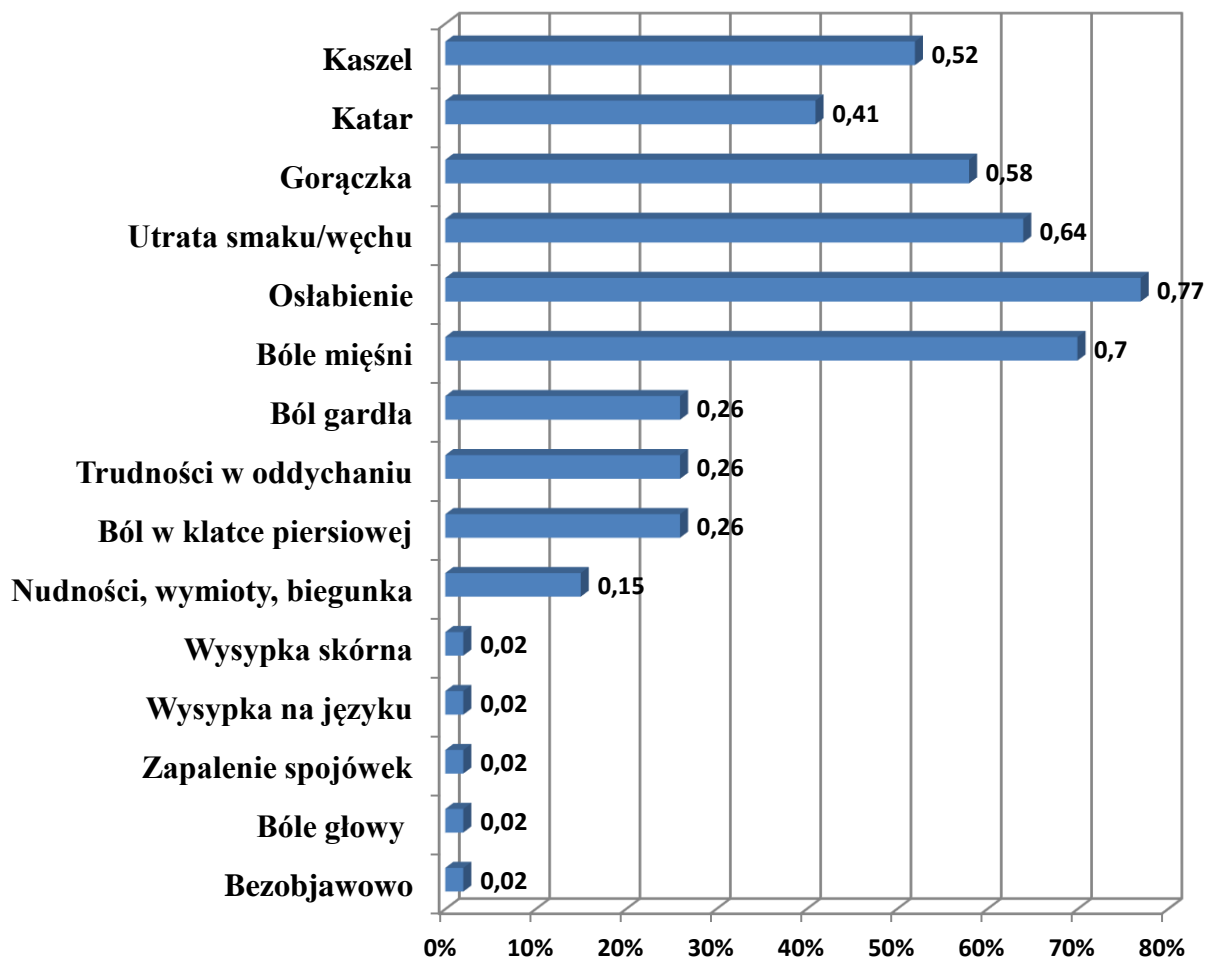
Tylko 36% respondowanych przestrzegało zaleceń mających na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się koronawirusa SARS-CoV-2. Nieregularne ich przestrzeganie zadeklarowała prawie połowa osób ankietowanych - 49%. Natomiast 15% badanych w ogóle nie przestrzegało zaleceń.

Łącznie 64% badanych zadeklarowało zaszczepienie przeciwko COVID-19. Najwięcej osób spośród nich jest po 2 dawkach szczepienia – 31%, natomiast pozostali są po 3 dawkach 27%, 1 dawce – 5% oraz najmniej osób po 4 dawkach szczepienia – 1%. 36% osób ankietowanych nie podjęło decyzji o zaszczepieniu.

Wśród respondentów, 44% (n=66osób) przechorowało COVID-19, natomiast 21% zaprzeczyło odnośnie przebycia choroby. Niepewność co do przejścia choroby wyraziło 35% ankietowanych.

66 osób (44% grupy badanej ogółem) deklarujących przebycie choroby COVID-19 zapytano o występujące objawy w trakcie trwania choroby. Najwięcej badanych doświadczyło osłabienia – 77%, bólu mięśni – 70%, utraty smaku/węchu – 64%, gorączki – 58%,

kaszlu – 52% czy kataru – 41%. Pozostałym osobom towarzyszył także ból gardła, trudności w oddychaniu, ból w klatce piersiowej – po 26% badanych. U 15% ankietowanych wystąpiły nudności, wymioty oraz biegunka, natomiast równo po 2% osób uskarżało się na wysypkę na skórze, wysypkę na języku, zapalenie spojówek czy bóle głowy. Niektórzy respondenci stwierdzali bezobjawowe przechorowanie COVID-19, co może wynikać z uzyskania pozytywnego wyniku testu w kierunku SARS-CoV-2 w trakcie procedur zapobiegających rozprzestrzenianiu się koronawirusa. Objawy, które wystąpiły w trakcie choroby COVID-19 wśród ankietowanych ukazuje poniższa Rycina 2.



Rycina 1. Objawy, które wystąpiły w trakcie choroby COVID-19 wśród ankietowanych

**wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli wskazać kilka odpowiedzi.*

Ponad połowa osób (58%), które przechodziły COVID-19 określiły przebieg choroby jako średni, natomiast 41% badanych jako lekki. Wśród ankietowanych wystąpił także ciężki przebieg choroby COVID-19 – 1%.

Wśród wszystkich badanych 17% (n=26) osób choruje przewlekle. Spośród nich najwięcej respondentów ma rozpoznane nadciśnienie tętnicze - 19%, w drugiej kolejności niedoczynność tarczycy -15%. U równo po 12% osób ankietowanych występuje cukrzyca, astma, alergia i migrena, natomiast po 8% osób ma stwierdzoną chorobę zwyrodnieniową stawów, depresję oraz epilepsję. Pozostała grupa badanych – po 4% to osoby z insulinoopornością, chorobą Hashimoto, chorobą wieńcową, dną moczanową, endometriozą, PCOS, celiakią, jaskrą, chorobą Meniere’a oraz zespołem Sjögrena (Rycina 3).

Choroba COVID-19 wpłynęła na zaostrzenie choroby przewlekłej tylko u 12% badanych. Połowa respondentów wyraziło niepewność co do wpływu choroby COVID-19 na pogorszenie ich choroby współistniejącej. Natomiast pozostałe 38% osób zaprzeczyło tej tendencji..

Skutki zdrowotne po przechorowaniu COVID-19 odczuło 14% ankietowanych. Prawie połowa osób badanych (49%) wskazała, iż nie zauważyła u siebie żadnych powikłań po zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, a 37% nie określiło konkretnej odpowiedzi.

Spośród 21 osób (14%) odczuwających skutki zdrowotne po chorobie COVID-19, najwięcej respondentów doświadczyło przewlekłego zmęczenia – 60%, w drugiej kolejności trudności w myśleniu tzw. mgła mózgowa – 47%, następnie zaburzeń snu – 33%. Do najmniej licznych powikłań pocovidowych określono wystąpienie zaburzeń węchu, wypadanie włosów – po 13% oraz bóle głowy, zaburzenia smaku, nadciśnienie tętnicze, ostry zespół wieńcowy, kaszel, ból/dyskomfort klatki piersiowej, ból stawów i depresję – po 7%. Dane zostały zestawione na Rycinie 4.

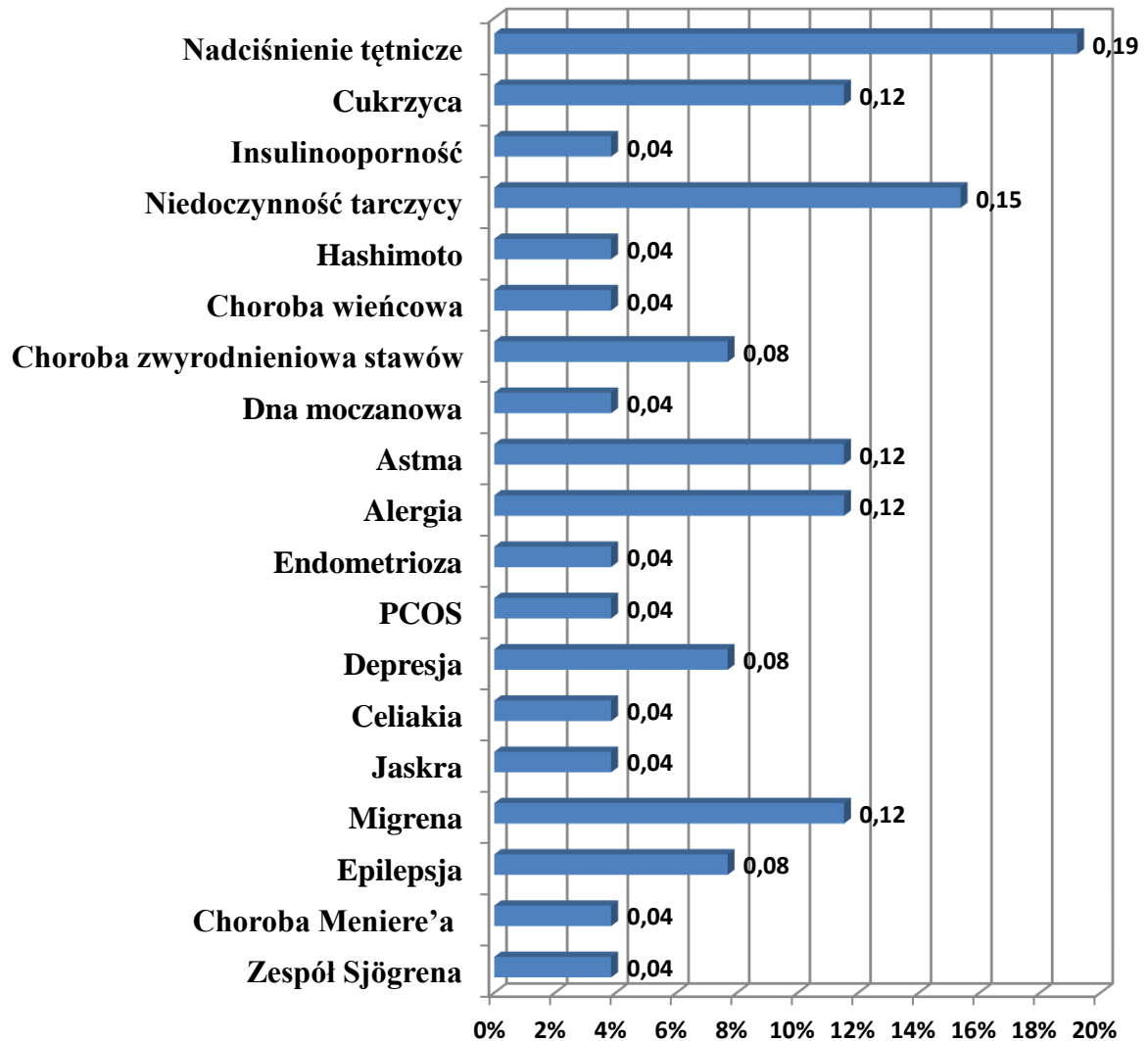
Prawie wszyscy badani (98% ogółu) uniknęli hospitalizacji z powodu COVID-19. Tylko 2% ankietowanych było leczonych szpitalnie – 1 osoba z powodu COVID-19, 2 osoby z innego powodu, lecz zostało wykryte w tym czasie zakażenie wirusem SARS-CoV-2.

Ankietowanych zapytano także o hospitalizację wśród osób bliskich w związku z chorobą COVID-19. 24% osób udzieliło odpowiedzi twierdzącej, 76% przeczącej. Większość badanych – 65%, nie doświadczyło wśród bliskich zgonów z powodu choroby COVID-19. Jednakże 26% respondentów odpowiedziało, że w ich otoczeniu były osoby, które zmarły na tą chorobę. 9% osób nie udzieliło konkretnej odpowiedzi.

Utrudnionego dostępu do opieki medycznej podczas trwania pandemii COVID-19 doświadczyło aż 77% ankietowanych. Jedynie 17% osób nie uskarżało się na opiekę zdrowotną, a 6% nie było w stanie określić dokładniejszej odpowiedzi.

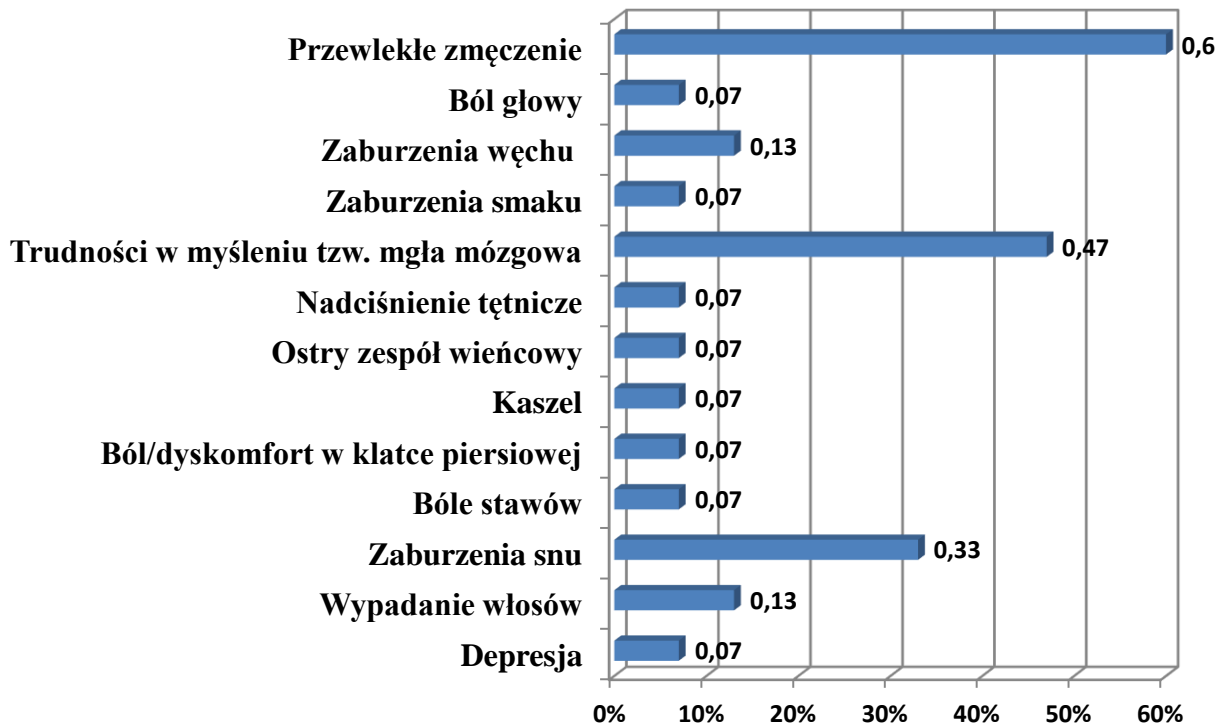
Mimo utrudnień podczas trwania pandemii COVID-19 respondenci starali się dbać o swoją aktywność fizyczną. Do najczęstszych aktywności fizycznych należały obowiązki

domowe – 61%, spacer – 49%, ćwiczenia na domowym sprzęcie – 22% oraz bieganie i jazda na rowerze – po 15%. Do rzadziej wykonywanych aktywności zaliczały się fitness – 9%, aktywność w parku, otwartych na powietrzu siłowniach – 5%, taniec – 3%, a także joga oraz piłka nożna – po 1%. 16% ankietowanych przyznało, że nie uprawiało żadnej aktywności fizycznej. Rodzaje aktywności fizycznych uprawianych wśród ankietowanych podczas pandemii COVID-19 przedstawia Rycina 5.



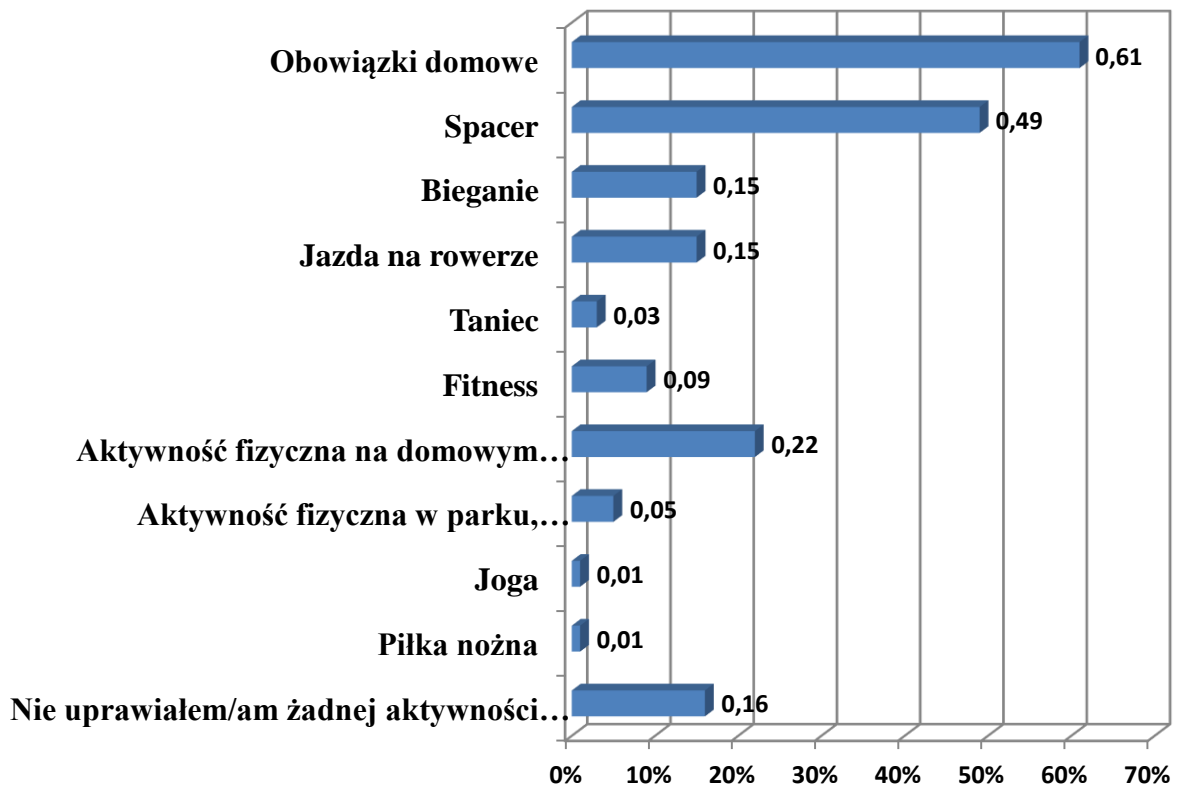
Rycina 3. Choroby przewlekłe wśród ankietowanych

*wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli wskazać kilka odpowiedzi.



Rycina 42. Skutki zdrowotne po chorobie COVID-19 wśród ankietowanych

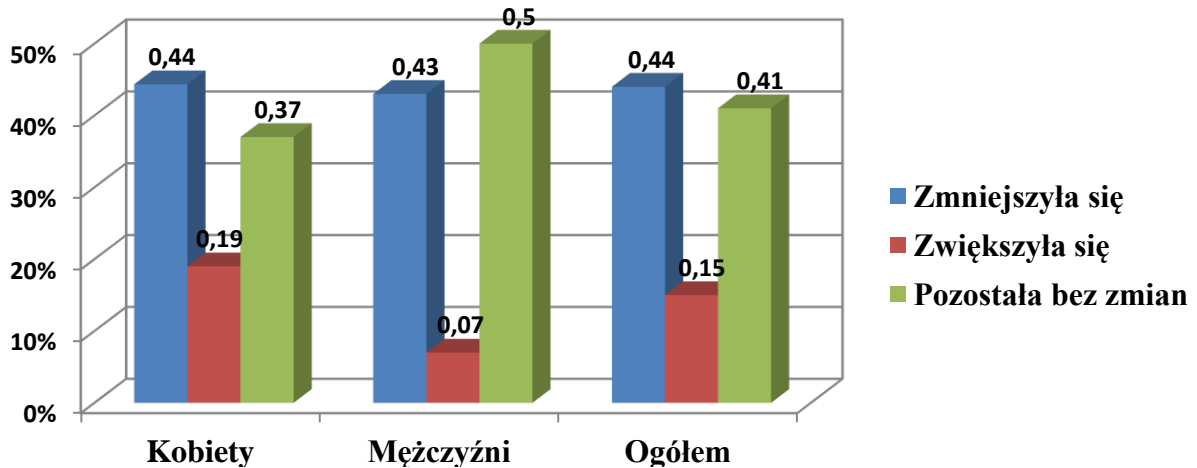
*wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli wskazać kilka odpowiedzi.



Rycina 5. Rodzaje aktywności fizycznej uprawianych wśród ankietowanych podczas pandemii COVID-19

*wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli wskazać kilka odpowiedzi.

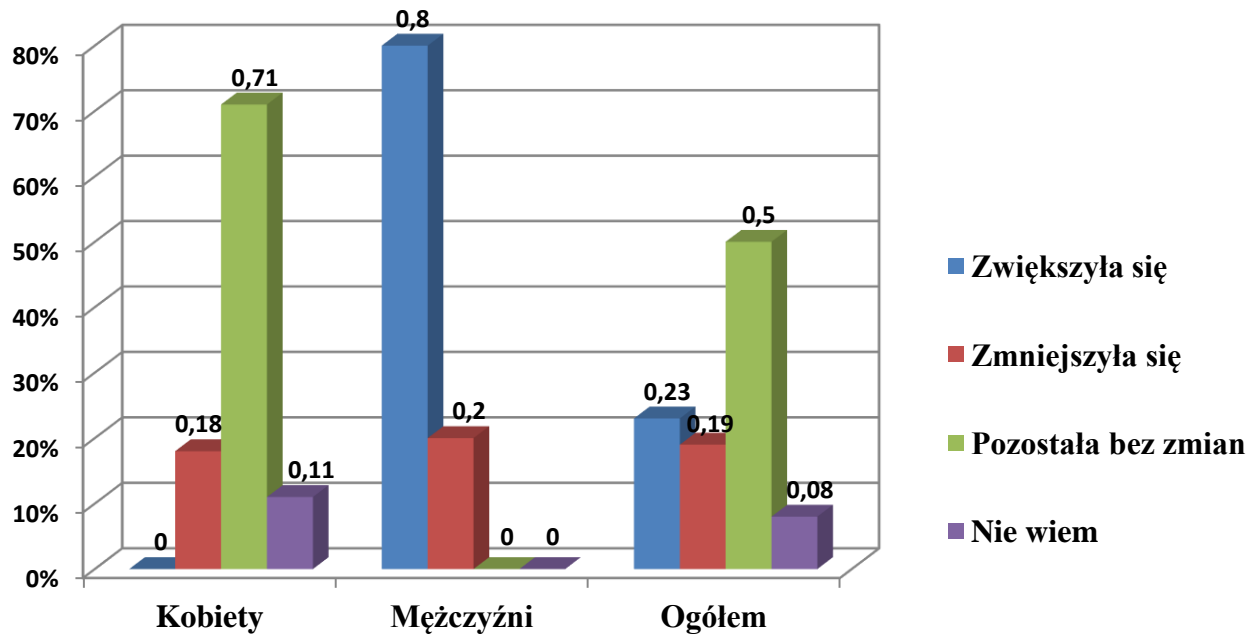
Oceniono również wpływ pandemii COVID-19 na aktywność fizyczną wśród ankietowanych. Porównując obie płcie, więcej kobiet (19%) niż mężczyzn (7%) zwiększyło swoją aktywność fizyczną, natomiast więcej mężczyzn (50%) w stosunku do kobiet (37%) udzieliło odpowiedzi, że ich aktywność pozostała bez zmian. Na podobnym poziomie zmniejszyła się aktywność fizyczna u obu płci - 44% u kobiet, 43% u mężczyzn. W zestawieniu ogólnym nieznacznie przeważało zmniejszenie aktywności - 44% nad aktywnością bez zmian - 41%. Zwiększenie aktywności dotyczyło 15% wszystkich badanych (Rycina 6).



Rycina 6. Aktywność fizyczna w czasie pandemii COVID-19 wśród ankietowanych

Odżywianie podczas pandemii COVID-19 wśród większości ankietowanych pozostało bez zmian - 63%. U 24% ogółu badanych dieta pogorszyła się, zaś u 13% poprawiła się. Porównując obie płcie, wyniki plasują się w podobnej kolejności - najczęściej kobiet oraz mężczyzn udzieliło odpowiedzi o braku wpływu pandemii COVID-19 na ich odżywianie - 58% i 77%, dieta 27% kobiet i 16% mężczyzn pogorszyła się, zaś 15% kobiet i 7% mężczyzn poprawiła się.

W badaniu wzięto również pod uwagę wpływ pandemii COVID-19 na masę ciała ankietowanych. Porównując obie płcie widać znaczne różnice co do udzielanych odpowiedzi. Kobiety w większości stwierdzały, iż ich aktualna masa ciała pozostała bez zmian w stosunku do czasu z początku pandemii - 71%. Warto także zaznaczyć, że u żadnej kobiety nie zwiększyła się masa ciała w przeciwieństwie do mężczyzn, u których najczęściej osób przyznało się do jej zwiększenia - aż 80% mężczyzn. W zestawieniu ogólnym u połowy respondentów aktualna masa ciała pozostała bez zmian. W następnej kolejności ankietowani wskazali na zwiększenie masy ciała - 23%, a zmniejszenie zadeklarowało - 19%. 8% badanych nie była pewna zmiany swojej wagi. Dane obrazuje Rycina 7.

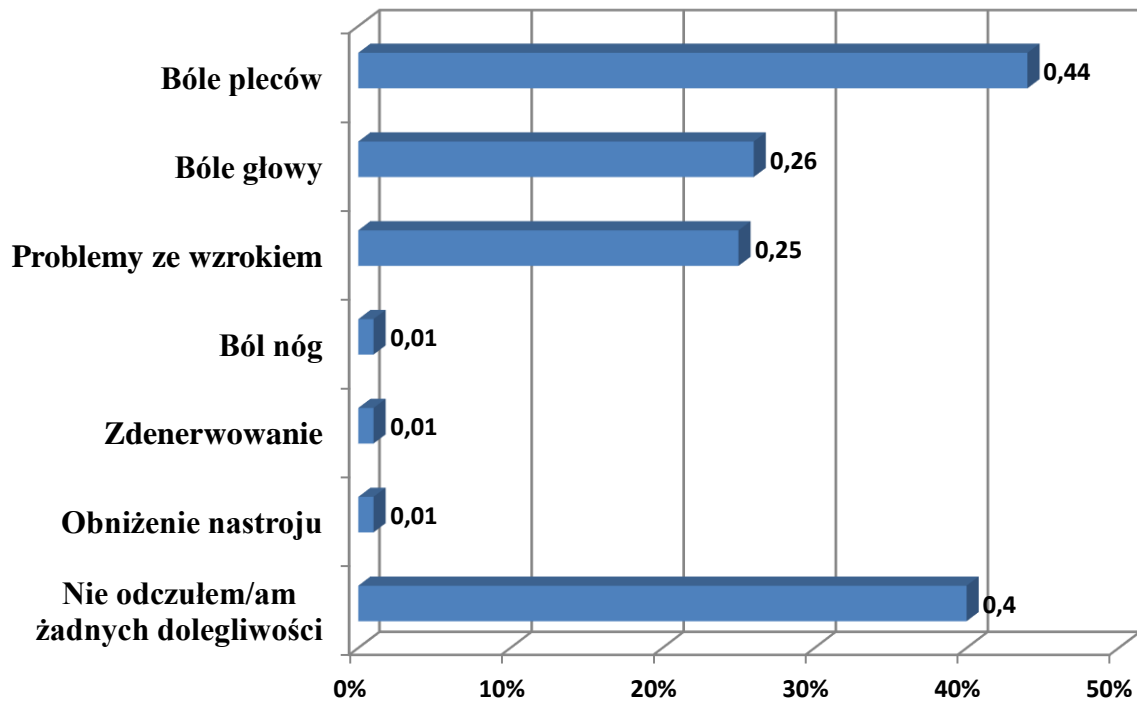


Rycina 7. Aktualna masa ciała osób badanych w stosunku do czasu z początku pandemii COVID-19

Respondentów zapytano także o sen podczas trwania pandemii COVID-19. U prawie połowy badanych sen pozostał bez zmian – 47%. Więcej osób uważała, że ich sen się wydłużył – 25% niż skrócił – 8%. W czasie pandemii również więcej osób stwierdziło, iż ich sen się pogorszył z powodu trudności w zasypianiu – 19% niż polepszył z powodu częstszego przebywania w domu – 8%.

Podczas pandemii COVID-19 tylko 18% ankietowanych pracowało w trybie zdalnym. Większość osób badanych aktywnych zawodowo, pracowało jak przedtem w trybie stacjonarnym - 82%.

Pandemia COVID-19 wiązała się niekiedy z pracą oraz nauką zdalną. Wśród osób pracujących i uczących się zdalnie (n=85, 57% ogółu) najwięcej osób uskarżało się na bóle pleców – 44%. Bóle głowy odczuwało 26% badanych, zaś problemy ze wzrokiem – 25%. Po 1% osób zgłaszało bóle nóg, zdenerwowanie oraz obniżenie nastroju. 40% ankietowanych nie odczuwało żadnych dolegliwości związanych z pracą bądź nauką w trybie zdalnym (Rycina 8).

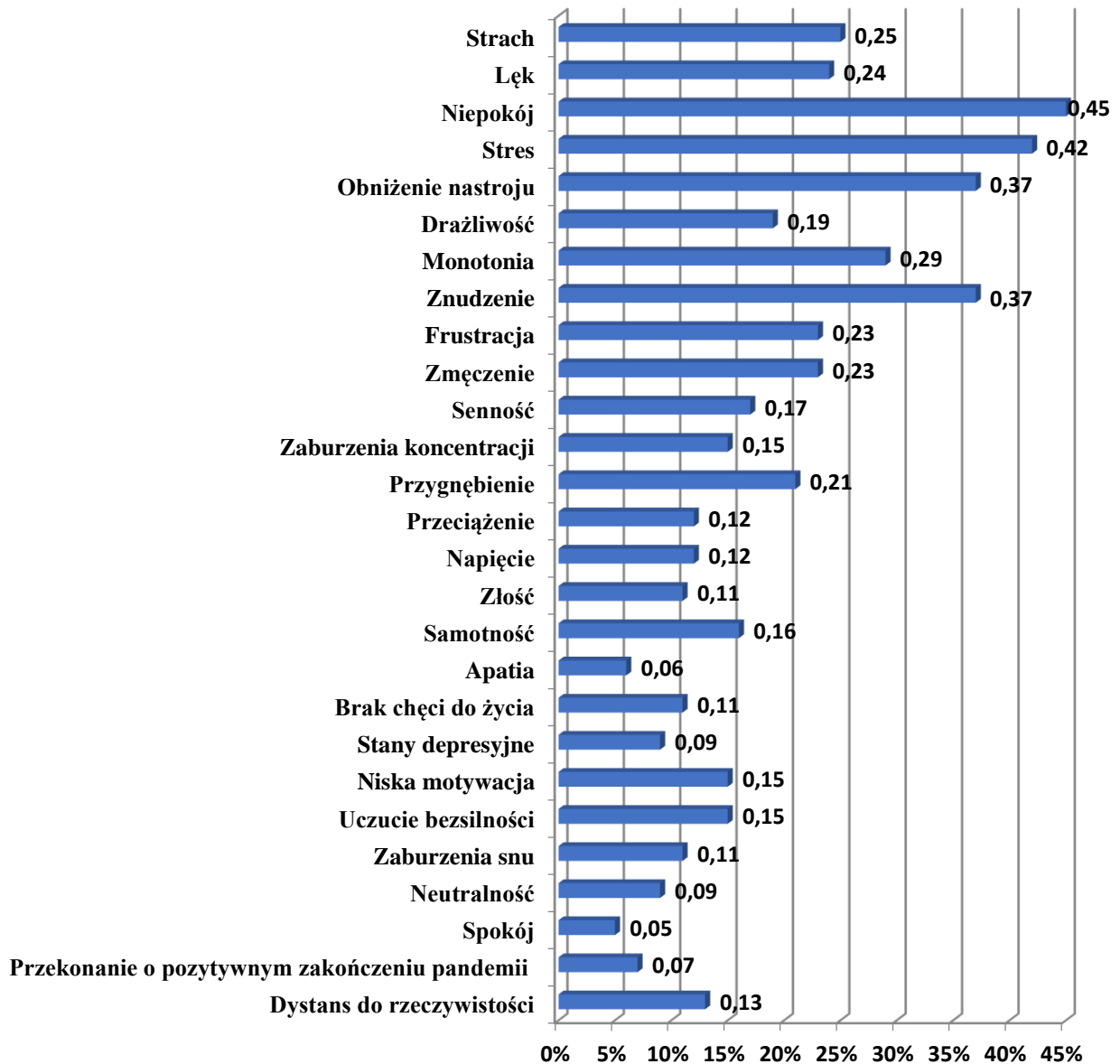


Rycina 3. Doświadczane dolegliwości związane z pracą/nauką zdalną wśród ankietowanych

**wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli wskazać kilka odpowiedzi.*

Pandemia COVID-19, w związku z panującymi obostrzeniami i zamknięciem wielu placówek, mogła wpłynąć na sytuację finansową społeczeństwa. Wśród 63% osób badanych sytuacja finansowa pozostała bez zmian. Natomiast pogorszyła się u 25% osób ankietowanych, a u 12% polepszyła się.

Pandemia COVID-19 wywołała głównie negatywne emocje wśród ankietowanych. Najczęściej towarzyszył im niepokój – 45%, stres – 42%, obniżenie nastroju, znudzenie – po 37% , monotonia – 29%, strach – 25% oraz lęk – 24%. U niektórych respondentów wystąpił nawet brak chęci do życia – 11%, a także stany depresyjne – 9%. Tylko 5% osób badanych odczuwało spokój podczas pandemii COVID-19. Pozostałe nastroje towarzyszące ankietowanym przedstawia Rycina 9.



Rycina 9. Emocje towarzyszące ankietowanym podczas pandemii COVID-19

**wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli wskazać kilka odpowiedzi.*

W związku z panującymi obostrzeniami mającymi na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się koronawirusa SARS-CoV-2 takimi jak zachowanie dystansu społecznego, obowiązek kwarantanny czy izolacji, społeczeństwo narażone było na ograniczenie kontaktów z innymi ludźmi. Wśród ankietowanych u 64% osób kontakty towarzyskie ograniczyły się, natomiast u 33% utrzymywały się na tym samym poziomie co przed pandemią. Zdarzyły się także odpowiedzi o zwiększeniu kontaktów z innymi ludźmi - 3%.

Respondentów zapytano o utrzymywanie kontaktów bezpośrednich z rodziną podczas pandemii COVID-19. Najwięcej osób – 41%, udzieliło odpowiedzi, iż nie ograniczyli oni bezpośrednich kontaktów z rodziną, natomiast 28% ograniczyło je. Pozostali ankietowani zmniejszyli kontakt bezpośredni tylko z wybranymi osobami – 18%, bądź tylko z tymi, którzy sami ograniczali kontakty towarzyskie – 13%.

W przypadku utrzymywania bezpośrednich kontaktów z przyjaciółmi podczas pandemii COVID-19, 36% ankietowanych ograniczyło kontakt, natomiast 32% utrzymywało kontakt jak dotychczas. Pozostali respondenci ograniczyli bezpośrednie kontakty tylko z wybranymi osobami – 21%, bądź tylko z tymi, którzy sami ograniczali kontakty towarzyskie – 11%.

Ankietowani udzielili również odpowiedzi dotyczących wpływu pandemii COVID-19 na wartości w ich życiu. Uzyskane wyniki jednakże nie pozwalają na jednoznaczne określenie wpływu pandemii COVID-19 na wartości w życiu osób badanych. Zarówno 27% respondentów bardziej doceniło to co ma w wyniku pandemii COVID-19, jak i tyle samo osób stwierdziło, iż pandemia nie wpłynęła na ich wartości w życiu. Wpływu pandemii na relacje w rodzinie: 17% badanych poprzez pandemię doceniło swoją rodzinę, jak też 17% osób stwierdziło, że pandemia nie wpłynęła na ich rodzinne relacje, gdyż zawsze ich priorytetem była rodzina. U 10% ankietowanych pandemia COVID-19 zweryfikowała przyjaźnie, 5% nadal skupiało się na pracy. Nie miało w tej kwestii zdania 15% badanych (pytanie wielokrotnego wyboru).

W badaniu oceniono także nastawienie ankietowanych do zniesienia większości obostrzeń i powrót do normalnego funkcjonowania. W zdecydowanej większości – 74%, badani wyrazili pozytywne nastawienie. Najmniej osób wskazało na negatywne nastawienie - 6%, zaś neutralność stwierdziło 20% respondentów.

Z pewnością można stwierdzić, że pandemia wywołała negatywne reakcje wśród Polaków zdaniem ankietowanych – aż 83% odpowiedzi. Tylko 1% osób udzieliło odpowiedzi o pozytywnych emocjach w wyniku pandemii COVID-19. Neutralność wyraziło 5% respondentów, natomiast 11% nie przedstawiło swojego zdania dotyczącego tego tematu.

W badaniu uwzględniono szczegółowy wpływ pandemii COVID-19 na społeczeństwo polskie zdaniem ankietowanych. Najwięcej osób stwierdziło, że pandemia COVID-19 wywołała panikę, lęk przed kontaktami z innymi ludźmi oraz spowodowała izolowanie się niektórych osób – po 63%. Ponad połowa badanych oznajmiła, iż pandemia wywołała strach przed zachorowaniem i śmiercią – 59% oraz popłoch i lęk – 55%. Według respondentów pandemia spowodowała także złe samopoczucie z powodu izolacji – 45%, ograniczenia swobód – 41% i ograniczenia aktywności fizycznej – 24%, ale również przyczyniła się do

Pandemia COVID-19 a funkcjonowanie społeczeństwa

powstania zaburzeń emocjonalnych oraz depresji – 47%. Dokładniejsze zestawienie danych przedstawia Rycina 10.



Rycina 10. Wpływ pandemii COVID-19 na społeczeństwo polskie według ankietowanych

**wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli wskazać kilka odpowiedzi.*

DYSKUSJA

Każda choroba wywołuje wśród społeczności niepokój oraz obawy, a zwłaszcza, gdy jest to choroba zakaźna określona mianem pandemii. W badaniach własnych skupiono się na pandemii COVID-19, choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2. Celem badań było określenie wpływu choroby COVID-19 na funkcjonowanie społeczeństwa polskiego. Badanie zostało przeprowadzone w grupie 150 osób, składającej się z 106 kobiet oraz 44 mężczyzn, metodą sondażu diagnostycznego za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety.

W badaniu wzięto pod uwagę przestrzeganie zaleceń mających na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się koronawirusa SARS-CoV-2. Tylko 36% ankietowanych potwierdziło stosowanie się do zaleceń oraz prawie połowa (49%) przyznało się do ich nieregularnego przestrzegania. Uzyskane dane mogą wiązać się z upływem czasu od początku ogłoszenia pandemii oraz zniesieniem większości restrykcji. Z badań przeprowadzonych przez Hamer oraz Baran wynika, iż z biegiem czasu przestrzeganie zaleceń przez społeczeństwo spadało. Przypuszcza się, że przyczyną spadku może być przyzwyczajenie ludzi do sytuacji pandemicznej oraz zmęczenie obowiązującymi obostrzeniami [7].

W raporcie polskiego Ministerstwa Zdrowia dotyczącego zakażeń koronawirusem zawarto informacje o około 6,5 mln zakażeń od 4 marca 2020 roku oraz **22 645 566** osobach w pełni zaszczepionych co stanowi około 60% Polaków. Najwięcej osób przyjęło 1 bądź 2 dawki szczepienia (stan na 6.04.2023 r.) [8,9]. Do najczęściej występujących objawów wymienia się gorączkę, kaszel, duszności, utratę węchu lub smaku oraz bóle mięśni. Badania własne ukazały, iż ponad połowa – 96 (64%) osób ankietowanych zaszczepiła się przeciwko COVID-19. Najwięcej osób przyjęło 2 bądź 3 dawki szczepienia. Spośród respondentów chorobę COVID-19 przechodziło prawie połowa osób (44%). Do najczęstszych zgłaszanych przez nich objawów należało osłabienie, bóle mięśni, utrata smaku i węchu, gorączka oraz kaszel. Badani określili swój przebieg choroby najwięcej jako średni, a następnie lekki. Objawy choroby COVID-19 ankietowanych były bardzo podobne do objawów najczęściej zgłaszanych wśród wszystkich Polaków. Respondenci mieli także dosyć dobrą wyszczepialność przeciwko wirusowi SARS-CoV-2.

W badaniach własnych zwrócono również uwagę na wpływ zakażenia wirusem SARS-CoV-2 na istniejące choroby przewlekłe u ankietowanych oraz inne skutki zdrowotne po przechorowaniu COVID-19. Wśród wszystkich badanych 17% osób choruje przewlekłe. Najczęściej było to nadciśnienie tętnicze i niedoczynność tarczycy. Choroba COVID-19 wpłynęła na zaostrzenie choroby przewlekłej tylko u 12% osób chorujących. Połowa respondentów wyraziło niepewność co do wpływu choroby COVID-19 na pogorszenie ich

choroby współistniejącej. W przypadku odczuwania skutków zdrowotnych po zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 uskarżało się 14% ankietowanych. Wśród nich najwięcej osób doświadczyło przewlekłego zmęczenia, trudności w myśleniu tzw. mgła mózgowa oraz zaburzeń snu. Według opisywanych badań we wcześniejszych rozdziałach, wiadomo, iż obecność choroby przewlekłej u pacjentów może wiązać się z ryzykiem cięższego przebiegu COVID-19. Pandemia COVID-19, która wiązała się zmianą dotychczasowego stylu życia, między innymi ograniczeniem aktywności fizycznej może skutkować pogorszeniem wielu chorób głównie sercowo-naczyniowych [10]. W badaniu opublikowanym przez czasopismo „The Journal of the American Medical Association” ukazano, iż prawie połowa pacjentów (46,4%) hospitalizowanych z powodu koronawirusa SARS-CoV-2 posiadało co najmniej jedną chorobę współistniejącą. Należały do nich najczęściej nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, inne choroby sercowo-naczyniowe oraz nowotwory złośliwe [11]. Wykazano także, że konsekwencje zdrowotne po chorobie COVID-19 odczuwało 27,8% ankietowanych po okresie 4 miesięcy oraz 34,8% po 7 miesiącach. Do skutków po infekcji koronawirusem badani w większości wymienili brak węchu i smaku, zmęczenie oraz duszność [12]. Wyniki badań własnych dotyczące objawów utrzymujących się po zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 są podobne do wyników badań uzyskanych przez powyższych autorów. Można również zauważyć, iż dominującym objawem post-COVID jest zmęczenie.

Z analizy badań własnych wynika, iż w grupie respondentów tylko 2% było leczonych szpitalnie – 1 osoba z powodu COVID-19, 2 osoby z innego powodu, lecz zostało wykryte w tym czasie zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Natomiast u 24% ankietowanych były hospitalizowane osoby bliskie oraz 26% potwierdziło przypadki śmiertelne z powodu COVID-19 w swoim otoczeniu. Warto również zaznaczyć, że aż 77% badanych uskarżało się na utrudniony dostęp do opieki medycznej w trakcie pandemii COVID-19. W badaniu przeprowadzonym przez Olearczyk oraz Walewską-Zielecką uzyskano podobne wyniki, w których ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej zgłosiło 70% ankietowanych [12]. Od momentu ogłoszenia wprowadzenia stanu zagrożenia epidemiologicznego w Polsce, wzrosła znacząco liczba zgłoszeń kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta. W okresie od stycznia do września 2020 r. 71% zgłoszeń dotyczyło prawa do świadczeń zdrowotnych. Obejmowały one między innymi ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych i diagnostyki, długi czas oczekiwania na wizyty specjalistyczne oraz niezadowolenie z udzielonych świadczeń w tym teleporad [13].

W badaniach własnych odniesiono się także do wpływu pandemii COVID-19 na styl życia Polaków. Według ankietowanych aktywność fizyczna w trakcie pandemii zmniejszyła się u 44% osób bądź pozostała bez zmian u 41%. Do najczęstszych aktywności fizycznych należały obowiązki domowe, spacer, ćwiczenia na domowym sprzęcie, bieganie oraz jazda na rowerze. Odżywianie natomiast u przeważającej części respondentów (66%) pozostało bez zmian. Połowa osób ankietowanych również stwierdziła, iż ich aktualna masa ciała w stosunku do czasu z początku pandemii COVID-19 pozostała na takim samym poziomie. Sen także u prawie połowy badanych (47%) nie zmienił się, jednakże co czwarta osoba przyznała, że ich sen wydłużył się. W badaniu Olearczyk oraz Walewskiej-Zieleckiej pandemia COVID-19 nie wpłynęła znacząco na aktywność fizyczną u 45% osób, natomiast u 39% wpłynęła negatywnie. W przypadku nawyków żywieniowych oraz snu u większości ankietowanych pozostały bez zmian [12]. Z badań przeprowadzonych przez Krzyżanowską wynika, iż aktywność fizyczna wśród Polaków zmniejszyła się w stosunku sprzed czasów pandemii COVID-19, a do najczęściej wykonywanych aktywności zaliczano spacer, jazdę na rowerze oraz ćwiczenia samodzielnie wykonywane w domu. Wykazano także, że podczas pandemii zainteresowanie wieloma formami sportu zmalało, a ćwiczenia wykonywane w domu stały się bardziej popularne [14]. Według Zborowskiego oraz Mikulec pandemia COVID-19 wpłynęła na nawyki żywieniowe u 45% kobiet i 36% mężczyzn, które obejmowały zwiększoną ilość spożywanych posiłków, oprócz tego nie zaobserwowano istotnych zmian. W przypadku masy ciała wśród respondentów jej wartość utrzymywała się na podobnym poziomie co w okresie przedpandemicznym [15]. Z powyższych badań można wywnioskować, iż pandemia COVID-19 wpłynęła bardziej na aktywność fizyczną niż zachowania żywieniowe wśród Polaków.

Obstrżenia związane z wprowadzeniem stanu epidemicznego w związku z licznymi zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 wiązały się z nauką zdalną oraz nierzadko pracą na odległość. Nie od dziś wiadomo iż, przymusowa postawa ciała oraz bliskość urządzeń elektronicznych często powodują negatywne skutki zdrowotne. W badaniach własnych wśród ankietowanych było 18% osób pracujących zdalnie. Nauka oraz praca wykonywana w domu przyczyniły się u większości respondentów do wystąpienia dolegliwości takich jak bóle pleców (44%), bóle głowy (26%), problemy ze wzrokiem (25%), bóle nóg (1%), zdenerwowanie (1%), a także obniżenie nastroju (1%). 40% osób nie odczuło zaś żadnych dolegliwości podczas nauki bądź pracy zdalnej. Sytuacja finansowa u 63% badanych pozostała bez zmian, natomiast 25% osób przyznało się do jej pogorszenia. W grupie badanej były również osoby u których sytuacja finansowa poprawiła się podczas pandemii COVID-19, stanowili oni 12% ogółu. Podobne wyniki uzyskali Juza oraz Walawender według których 54% osób stwierdziło, że pandemia nie

wpłynęła na ich sytuację materialną. Do pogorszenia sytuacji materialnej przyznało się łącznie 38% badanych, zaś do polepszenia – 12% [16]. Według Głównego Urzędu Statystycznego w II kwartale 2020 roku pracę zdalną wykonywało 10,2% osób aktywnych zawodowo, natomiast w III kwartale 2021 roku liczba osób pracujących zdalnie spadła do 5% [17]. W badaniu Bukowskiej ankietowani przyznali, iż podczas pracy zdalnej nasiliły się u nich bóle kręgosłupa (42%), problemy ze wzrokiem (32,4%) oraz bóle stawów (11%). Praca zdalna przyczyniła się również do wzrostu stresu u 21,6% osób oraz stanów depresyjnych u 11%. W badaniu zaobserwowano, także korzyści zgłaszane przez respondentów, do których należało między innymi mniejsza zapadalność na przeziębienia u połowy osób. Żadnych dolegliwości w związku z wykonywaniem pracy zdalnej nie doświadczyło 43% osób [18]. W badaniu przeprowadzonym przez Ciecierską oraz Serderykę-Burduk wśród studentów wynika, iż nauka zdalna również powoduje nasilenie wielu dolegliwości. Długotrwała edukacja poprzez urządzenia elektroniczne znacznie obciążała postawę ciała oraz narząd wzroku. Ankietowani uskarżali się na problemy ze wzrokiem takie jak zmęczenie oczu (89,8%), suchość oczu (59,8%), zaczerwienienie oczu (44,6%), łzawienie oczu (42,6%) czy ból oczu (41%). Aż 74,6% studentów doświadczyło bólu pleców, 56% osobom towarzyszył częsty ból głowy, 52,2% - ból szyi, a 47% - ból barków lub ramion podczas nauki na odległość [19]. Wnioskując z powyższych badań praca oraz edukacja w systemie zdalnym znacząco wpłynęła na zdrowie społeczeństwa. Pandemia COVID-19 uwidoczniała jeszcze bardziej skalę problemu jak długotrwałe spędzenie czasu przed urządzeniami elektronicznymi niekorzystnie odbija się na naszym zdrowiu.

W badaniach własnych zapytano również respondentów o towarzyszące im emocje podczas trwania pandemii COVID-19. Były to głównie odczucia negatywne, do których najczęściej zaliczano niepokój (45%), stres (42%), obniżenie nastroju, znudzenie – po 37% , monotonię – 29%, strach – 25% oraz lęk – 24%. U niektórych badanych wystąpił nawet brak chęci do życia – 11%, a także stany depresyjne – 9%. Tylko 5% osób badanych odczuwało spokój podczas pandemii COVID-19. W badaniu opublikowanym przez Długosza emocjami najczęściej wymienianymi były niepokój – 68%, smutek – 38%, złość -30%, znudzenie – 28%, wyczerpanie – 22% oraz osamotnienie – 19% [20]. Według badań Twardowskiej-Staszek i wsp. wśród respondentów również u większości towarzyszyły negatywne emocje podczas pandemii COVID-19 takie jak niepokój, nerwowość, strach, lęk oraz zamartwianie się [21].

Podczas pandemii społeczeństwo często było pozbawione spotkań z innymi ludźmi w związku z przestrzeganiem zaleceń mających na celu ochronę przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, a także narzuceniem obowiązku odbycia kwarantann oraz izolacji. W badaniu

własnym u 64% ankietowanych kontakty towarzyskie ograniczyły się, u 33% pozostały na takim samym poziomie, a u 3% nawet się zwiększyły. Kontakt bezpośredni z rodziną ograniczyło łącznie 59% respondentów, natomiast z przyjaciółmi – 68%. W badaniu przeprowadzonym w marcu 2020 roku przez Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk 81% respondentów przyznało, że ograniczyło kontakty z bliskimi oraz przyjaciółmi [22]. Podobne wyniki zaobserwowano w raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z badania przeprowadzonego wśród osób w wieku 60+, w którym 74% ankietowanych ograniczyło kontakty bezpośrednie, w tym również z rodziną. Mimo zminimalizowania ilości spotkań z bliskimi, 89% respondentów zadeklarowało, że starało się utrzymywać kontakt telefoniczny [23].

W badaniach własnych odniesiono się również do wpływu pandemii na wartości w życiu ankietowanych. Uzyskane wyniki jednakże nie dają jednoznacznej odpowiedzi jaki wpływ wywarła na nie pandemia COVID-19. Zarówno 27% respondentów bardziej doceniło to co ma w wyniku pandemii COVID-19, jak i tyle samo osób stwierdziło, iż pandemia nie wpłynęła na ich wartości w życiu. W podobnym przypadku wypada wpływ pandemii na relacje w rodzinie, 17% badanych poprzez pandemię doceniło swoją rodzinę, jak też 17% osób stwierdziło, że pandemia nie wpłynęła na ich rodzinne relacje, gdyż zawsze ich priorytetem była rodzina. U 10% ankietowanych pandemia COVID-19 zweryfikowała przyjaźnie. Według badań Długosza wynika, iż pandemia COVID-19 przyczyniła się do wzrostu wartości takich jak zdrowie, wolność i swoboda. W sytuacji zagrożenia zdrowia, a nawet życia 67% badanych doceniło zdrowie bardziej niż przed pandemią. Wolność oraz swoboda również staje się ważniejsza dla 66% osób, co wywołane jest między innymi ograniczeniami w przemieszczaniu się, obowiązkiem kwarantanny czy izolacji. U części respondentów zaobserwowano także większe docenienie pracy (45%) oraz przyjaciół (40%) [24].

Analizując wyniki badań własnych zdaniem ankietowanych pandemia wywołała głównie negatywne reakcje wśród Polaków - aż 83% odpowiedzi. Najwięcej osób stwierdziło, że pandemia COVID-19 wywołała wśród Polaków panikę, lęk przed kontaktami z innymi ludźmi oraz spowodowała izolowanie się niektórych osób – po 63%. Ponad połowa badanych oznajmiła, iż pandemia wywołała strach przed zachorowaniem i śmiercią – 59% oraz popłoch i lęk – 55%. Pandemia spowodowała także u nich złe samopoczucie z powodu izolacji – 45%, ograniczenia swobód – 41% i ograniczenia aktywności fizycznej – 24%, ale również przyczyniła się do powstania zaburzeń emocjonalnych oraz depresji – 47%. W badaniu Długosza 62% ankietowanych również oceniło negatywnie wpływ pandemii COVID-19 na społeczeństwo polskie [55]. Według Drozdowskiego i wsp. pandemia COVID-19 u 50,6%

respondentów kojarzy się z lękiem, obawami, strachem, u 41,5% - niepewnością, u 30,9% - bezsilnością, natomiast u 30,7% z ograniczeniami takimi jak izolacja, zamknięcie, higiena czy brak kontaktów [26]. Z powyższych badań można stwierdzić, iż pandemia COVID-19 była powodem głównie negatywnych odczuć wśród Polaków. W przypadku zniesienia większości obostrzeń w kraju i powrotu do normalnego funkcjonowania, w badaniu własnym 74% badanych wyraziło pozytywne nastawienie. Podobne wyniki przedstawiło Centrum Badania Opinii Społecznej nadzorowanego przez Prezesa Rady Ministrów w którym 70% Polaków popiera zniesienie obostrzeń w związku ze zwalczaniem wirusa SARS-CoV-2 takich jak noszenie maseczek, obowiązek kwarantanny oraz izolacji [27].

WNIOSKI

1. Pandemia COVID-19 znacząco wpłynęła na funkcjonowanie społeczeństwa polskiego. Odbiła się zarówno na zdrowiu fizycznym, psychicznym jak i społecznym. Przyczyniła się do wystąpienia wielu dolegliwości, negatywnych emocji oraz ograniczenia kontaktów społecznych.
2. Pandemia COVID-19 wiązała się nierzadko ze zmianą stylu życia społeczeństwa. Wpłynęła głównie na zmniejszenie aktywności fizycznej oraz w nieznacznym stopniu na zmianę nawyków żywieniowych i jakość snu.
3. W opinii społeczeństwa pandemia COVID-19 wywoła przede wszystkim odczucia negatywne, wśród których najczęściej wymieniano niepokój, stres, obniżenie nastroju, znudzenie, monotonię, strach oraz lęk.

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization: Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [online]. Dostępne: [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 dostępu: 18.11.2022.
2. Zawilska J.B., Swaczyna T., Masiarek P., Waligórska A., Dominiak Z.: COVID-19: Epidemiologia, patogenezę, diagnostykę i objawy kliniczne. *Farmacja Polska* 2021, 7(3): 166-177.
3. Nowakowska E., Sulimiera Michałak S.: Covid-19 - choroba wywołana zakażeniem wirusem SARS-COV-2 globalnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego. *Postępy Mikrobiologii* 2020, 59(3): 227–236.

4. Ministerstwo Zdrowia: Raport szczepień przeciwko COVID-19 [online]. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/raport-szczepien-przeciwko-covid-19>. Data dostępu: 18.11.2022.
5. Kuczyńska K., Zawilska J. B., Badura, J., Strehl B.: Wirus SARS-CoV-2: pochodzenie, budowa i cykl replikacyjny. *Farmacja Polska* 2021, 77(3): 143-149.
6. Rymer W., Wroczyńska A., Parczewski M., Mejza F., Mrukowicz J.: COVID-19 (choroba spowodowana przez SARS-CoV-2). [w:] *Interna Szczeklika 2022*. Szczeklika A., Gajewski P. (red). *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2022: 2448-2449.
7. Hamer, K., Baran, M.: Wpływ pandemii COVID-19 na zachowania, postawy i dobrostan Polaków – podsumowanie 10 miesięcy pandemii. Raport z badań. Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie. Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS w Warszawie, 2021.
8. Ministerstwo Zdrowia: Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2) [online]. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>. Data dostępu: 6.04.2023.
9. Ministerstwo Zdrowia: Raport szczepień przeciwko COVID-19 [online]. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/raport-szczepien-przeciwko-covid-19>. Data dostępu: 6.04.2023.
10. Januszewicz A., Wojciechowska W., Prejbisz A., Dobrowolski P., Rajzer M., Kreutz R.: Impact of the COVID-19 pandemic on blood pressure control and cardiovascular risk profile in patients with hypertension. *Polish Archives of Internal Medicine* 2021, 131(10): 16129.
11. Wang D., Hu B., Hu C. et al.: Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *Journal of the American Medical Association* 2020, 323(11): 1061–1069.
12. Olearczyk A., Walewska-Zielecka B.: Wpływ pandemii COVID-19 na wybrane obszary zdrowia, stylu życia i samopoczucia pracowników w Polsce. *Zdrowie i style życia* 2021: 59-68.
13. Rzecznik Praw Pacjenta: Problemy pacjentów w obliczu epidemii COVID-19 [online]. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/rpp/problemy-pacjentow-w-obliczu-epidemii-covid-19>. Data dostępu: 6.04.2023.

14. Krzyżanowska, K.: Aktywność fizyczna wybranej grupy Polaków w czasie pandemii COVID-19. [w:] Percepcja turystyki w przestrzeni i w czasie pandemii COVID-19. Makowska-Iskierka M., J Wojciechowska J. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego 2022: 13-31.
15. Zborowski M., Mikulec A.: Zachowania żywieniowe studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu podczas pandemii COVID-19. ŻYWNOSĆ. Nauka. Technologia. Jakość 2021, 129: 98-110.
16. Juza, M., Walawender P.: Praca i życie zawodowe w Polsce podczas pandemii COVID-19 [w:] Przedsiębiorczość w dobie kryzysu COVID-19. Barwińska-Małąjowicz A., Grzebyk M. (red.). Lekcja na przyszłość. Wydawnictwo Stowarzyszenia Innowatorów Zarządzania, Łódź 2021: 49-58.
17. Główny Urząd Statystyczny: Wpływ epidemii COVID-19 na wybrane elementy rynku pracy w Polsce w trzecim kwartale 2021 r. [online]. Dostępne: https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5820/4/7/1/wplyw_epidemii_covid-19_na_wybrane_elementy_ryнку_pracy_w_polsce_w_trzecim_kwartale_2021_r.pdf. Data pobrania: 12.04.2023.
18. Bukowska U.: Zagrożenia związane ze świadczeniem pracy zdalnej. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi 2022, 148(5): 103-117.
19. Ciecierska A., Seredyka-Burduk M.: Wpływ nauki zdalnej na narząd wzroku studentów. Cz. 1, Objawy miejscowe i ogólne po trzech semestrach nauczania on-line. Optyka 2022, 5: 60-62.
20. Długosz P.: Trauma COVID-19 w polskich metropoliach–przypadek Krakowa. Kultura i Edukacja 2021, 3(133): 24-49.
21. Twardowska-Staszek E., Seredyńska A., Rostek I.: Nastrój i emocje Polaków podczas pandemii COVID-19. Horyzonty Wychowania 2021, 20(55): 11-26.
22. Molenda Z., Marchlewska M., Górka P., Michalski P., Szczepańska D., Furman A., Malinowska K.: Koronawirus w Polsce: Perspektywa psychologii społecznej. Wyniki pierwszej fali badania podłużnego przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie Polaków i Polek. Instytut Psychologii Polska Akademia Nauk, Warszawa 2020.

23. Rzecznik Praw Obywatelskich: Wsparcie osób starszych w czasie pandemii. Raport z badania na temat sytuacji osób w wieku 60+ w czasie pandemii COVID-19 w Polsce [online]. Dostępne: <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2022-09/Raport%20RPO%20-%20Wsparcie%20os%C3%B3b%20starszych%20w%20czasie%20pandemii%20-%20wersja%20dost%C4%99pna.pdf>. Data dostępu: 12.04.2023.
24. Długosz, P.: Przemiany wartości życiowych krakowian pod wpływem pandemii. Laboratorium Socjologiczne, Instytut Filozofii i Socjologii, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, 2020.
25. Długosz, P: Społeczne skutki pandemii COVID-19 wśród Polaków. Laboratorium Socjologiczne, Instytut Filozofii i Socjologii, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, 2020.
26. Drozdowski R., Frąckowiak M., Krajewski M., Luczys P., Modrzyk A., Rogowski Ł., Rura P., Stamm A.: Życie codzienne w czasach pandemii: Raport z drugiego etapu badań: Wersja pełna. Wydawnictwo UAM, Poznań 2020.
27. Centrum Badania Opinii Społecznej: Komunikat z badań. Koniec epidemii koronawirusa? [online]. Dostępne: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_059_22.PDF. Data dostępu: 12.04.2023.

Krwawienia z przewodu pokarmowego diagnozowane w pracowni endoskopowej SP ZOZ w Mońkach w 2022r

Anna Domańska¹, Barbara Jankowiak²

1. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Krwawienie do przewodu pokarmowego jest to każde wynaczynienie krwi do jego światła, którego przebieg i rokowanie zależą od wielu czynników. W każdym z odcinków przewodu pokarmowego mogą występować choroby i nieprawidłowości prowadzące do krwawienia [1].

Pierwotną przyczyną większości krwawień jest uszkodzenie błony śluzowej przewodu pokarmowego i naczyń krwionośnych położonych w zewnętrznej części błony śluzowej, zwanej błoną surowiczą [2].

Diagnostyka endoskopowa ma olbrzymie znaczenie w rozpoznaniu schorzeń przewodu pokarmowego, których częstość występowania jest uzależniona od badanej populacji. Endoscopia jest najczęstszą metodą diagnostyczną krwawień z przewodu pokarmowego, gdyż umożliwia precyzyjną lokalizację miejsca krwawienia, wdrożenie leczenia i monitorowanie przebiegu [3].

CEL PRACY

1. Ustalenie częstości występowania krwawień do światła przewodu pokarmowego
2. Ustalenie najczęstszych przyczyn krwawienia z przewodu pokarmowego
3. Określenie klasyfikacji aktywności diagnozowanych krwawień z przewodu pokarmowego
4. Oszacowanie ilości zastosowanych metod hemostazy endoskopowej w opanowaniu krwawienia z GOPP i DOPP.

MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono metodą retrospektywną, w oparciu o zebrane dane, na podstawie istniejącej dokumentacji medycznej, odnoszące się do określonej populacji.

Analizie poddano dokumentację pacjentów, którzy w 2022 roku byli diagnozowani w Pracowni Endoskopowej SP ZOZ w Mońkach. Dane zgromadzono na podstawie analizy wyników badań oraz skierowań na badania 810 pacjentów (51,9% mężczyzn, 48,1% kobiet) w grupie wiekowej 18-75< lat. Zgodę na udostępnienie danych dotyczących diagnostyki endoskopowej GOPP i DOPP otrzymano od Dyrektora placówki.

Na podstawie przeprowadzonej analizy dokumentacji możliwe było opracowanie rycin, które zawierają dane liczbowe i procentowe dotyczące ilości wykonanych gastrokopii i kolonoskopii w zależności do placówki kierującej oraz częstości występowania, głównych przyczyn i klasyfikacji aktywności oraz metod leczenia krwawień z przewodu pokarmowego w objętej badaniami grupie pacjentów.

W opracowaniu ogólnym zostały zamieszczone dane dotyczące płci, wieku oraz miejsca zamieszkania pacjentów diagnozowanych w Pracowni Endoskopowej w 2022 roku; częstości występowania w badanej populacji poszczególnych jednostek chorobowych zlokalizowanych w górnym i dolnym odcinku przewodu pokarmowego z uwzględnieniem ilości zdiagnozowanych krwawień.

Przeanalizowano także częstość występowania krwawień z GOPP i DOPP w zależności od płci, wieku i miejsca zamieszkania badanych osób. Kolejne dane dotyczyły częstości występowania poszczególnych przyczyn krwawienia i klasyfikacji ich aktywności. Analizie poddano również częstość zastosowania endoskopowych metod terapeutycznych oraz rodzaj wykorzystanych technik hemostazy endoskopowej w zależności od aktywności diagnozowanych krwawień z przewodu pokarmowego z podziałem na GOPP i DOPP.

Zebrane dane opracowano przy wykorzystaniu arkusza kalkulacyjnego Excel (Microsoft Office 2007).

WYNIKI

Charakterystyka grupy badawczej

W Pracowni Endoskopowej SP ZOZ w Mońkach w 2022 roku przebadano 810 osób. Przeprowadzone badania endoskopowe obejmowały diagnostykę górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego u pacjentów hospitalizowanych i kierowanych na badania przez lekarzy z Lecznictwa Otwartego, ich odsetek wynosił odpowiednio 37,0% i 63,0%.

Krwawienia z przewodu pokarmowego diagnozowane w pracowni endoskopowej

SP ZOZ w Mońkach w 2022r.

W diagnostyce schorzeń DOPP większość stanowili pacjenci hospitalizowani - 55,1%, pozostałe 44,9% kolonoskopii wykonano na podstawie skierowań z Lecznictwa Otwartego. W przypadku badań GOPP odsetek hospitalizowanych pacjentów wynosił zaledwie 19,5%. Zdecydowana większość gastrokopii - 80,5%, wykonana była na podstawie skierowania z Lecznictwa Otwartego.

Na podstawie analizy badanej grupy pacjentów pod względem wieku ustalono, iż 36,0% - zdecydowaną większość stanowiły osoby w wieku 56-75 lat, podobna liczba diagnozowanych osób mieściła się w grupie wiekowej 36-55 lat i 76 lat< i wynosiła odpowiednio 25,9% i 25,5%. Najmniej diagnozowanych osób - 12,6%, mieściło się w grupie wiekowej 18-35 lat.

W grupie badanych pacjentów większość stanowili mężczyźni. Odsetek diagnozowanych mężczyzn wynosił 51,9%, a kobiet 48,1%.

Większa grupa pacjentów poddanych diagnostyce przewodu pokarmowego to mieszkańcy wsi - 51,4%. Odsetek badanych pacjentów z miasta wynosił pozostałe 48,6%.

W Pracowni Endoskopowej SP ZOZ w Mońkach w 2022 roku wykonano 411 badań diagnostycznych GOPP i 399 badań DOPP. Odsetek wykonanych gastrokopii i kolonoskopii był przybliżony i stanowił odpowiednio 50,7% i 49,3% badanej grupy.

W endoskopii przewodu pokarmowego wyróżnia się badania diagnostyczne i zabiegowe. W badanej grupie zdecydowaną większość stanowiły badania diagnostyczne z pobraniem materiału do oceny histopatologicznej. Odsetek gastrokopii z biopsją wynosił 83,7%, a kolonoskopii 53,1%. Endoskopia diagnostyczna bez pobierania materiału do badań histopatologicznych stanowiły w przypadku gastrokopii 2,7%, a kolonoskopii 2,3%. Do endoskopii zabiegowych w badanej grupie zaliczono badania z polipektomią i z zastosowaniem wszystkich metod hemostazy. Odsetek gastrokopii zabiegowych wynosił 13,6%. Zdecydowaną większość stanowiły kolonoskopie zabiegowe. Polipektomię i tamowanie krwawienia zastosowano odpowiednio w 27,3% i 17,3% przeprowadzonych kolonoskopii.

Ilość wykonanych gastrokopii i kolonoskopii u pacjentów w tym samym przedziale wiekowym była bardzo zbliżona, a najwyższy odsetek badań odnotowano w grupie wiekowej 56-75 lat. W przypadku gastrokopii wynosił on 35,8%, a kolonoskopii 36,4%. Wśród pacjentów młodych w wieku 18-35 lat liczba wykonanych gastrokopii była większa i wynosiła 13,1% wszystkich wykonanych badań GOPP. Odsetek przeprowadzonych kolonoskopii u pacjentów w tym przedziale wiekowym wynosił 12,0%.

Krwawienia z przewodu pokarmowego diagnozowane w pracowni endoskopowej

SP ZOZ w Mońkach w 2022r.

Ilość wykonanych badań GOPP i DOPP wśród kobiet i mężczyzn była zbliżona. Odsetek gastroskopii w grupie kobiet wynosił 48,2%, a w grupie mężczyzn 51,8%. W przypadku kolonoskopii były to wartości odpowiednio 48,1% i 51,9%.

Odsetek gastroskopii przy uwzględnieniu miejsca zamieszkania pacjentów był wyższy wśród osób zamieszkałych na wsi i wynosił 51,3%, pozostałe 48,7% badań GOPP przeprowadzono u mieszkańców miasta. Podobne dane uzyskano w przypadku kolonoskopii, ich odsetek wśród mieszkańców wsi był wyższy i wynosił 51,4%, natomiast u osób mieszkających w mieście był równy 48,6%.

Analiza diagnozowanych krwawień

W grupie pacjentów przebadanych w Pracowni Endoskopowej SP ZOZ w Mońkach w 2022 roku, krwawienie z przewodu pokarmowego zdiagnozowano u 103 pacjentów - 12,7% badanej grupy. Większość stanowiły krwawienia z DOPP rozpoznane w 69 przypadkach, krwawienie z GOPP zdiagnozowano u 34 osób. Odsetek krwawień z DOPP wynosił 67,0%, a z GOPP zaledwie 33,0% wszystkich przypadków.

W trakcie przeprowadzania badań GOPP, krwawienie stwierdzono u 8,2% pacjentów. Gastropatię rozpoznano u 31,3% diagnozowanych osób. Podobną ilość stanowiła gastropatia nadżerkowa - 22,6% i zapalenie przełyku - 20,3%. Rzadziej niż krwawienie diagnozowano wrzody, polipy, heteroplazję i żylaki przełyku. W 5-u przypadkach w trakcie wykonywanej gastroskopii założono PEG, zabiegi te stanowiły 1,0% wszystkich badań GOPP.

Na podstawie analizy wyników badań endoskopowych DOPP ustalono, iż ilość rozpoznanych krwawień była dwukrotnie wyższa od liczby krwawień z GOPP. Odsetek krwawień z DOPP w grupie osób poddanych kolonoskopii wynosił 17,2%. Najczęściej stwierdzono polipy stanowiące 27,3% przypadków. Podobną ilość stanowiły żylaki odbytu - 21,0% i uchyłki - 20,8%. Rzadziej od krwawienia diagnozowano nadżerki, owrzodzenia i nowotwory.

W analizie częstości występowania krwawienia z GOPP i DOPP wzięto pod uwagę wiek diagnozowanych pacjentów. Największą ilość krwawień rozpoznano u pacjentów w wieku 56-75 lat. Większość stanowiły krwawienia z DOPP u pacjentów w wieku 56-75 lat, ich odsetek wynosił 56,5%. W tym przedziale wiekowym odnotowano również największą ilość krwawień z GOPP, ich wartość wynosiła 44,1%. Wśród pacjentów w wieku 36-55 lat odnotowano wyższą liczbę krwawień z GOPP, ich odsetek był równy 29,5%, a krwawienia z DOPP w tym przedziale wiekowym stanowiły 15,9%. U pacjentów w ostatnim przedziale wiekowym (76 lat <) odnotowana liczba krwawień z DOPP wynosiła 26,1%, a z GOPP 23,5%.

Krwawienia z przewodu pokarmowego diagnozowane w pracowni endoskopowej

SP ZOZ w Mońkach w 2022r.

Najmniejszą liczbę krwawień odnotowano u pacjentów w wieku 18-35 lat, u których odsetek zdiagnozowanych krwawień z GOPP i DOPP wynosił odpowiednio 2,9% i 1,5%.

Krwawienia z przewodu pokarmowego w badanym materiale stanowiły większość w grupie mężczyzn. Ich odsetek wynosił 57,3%, a wśród kobiet 42,7%.

Z analizy częstości występowania krwawień z przewodu pokarmowego z uwzględnieniem miejsca krwawienia i płci pacjentów wynika, iż odsetek krwawień z DOPP w grupie kobiet i mężczyzn jest wyższy i wynosi odpowiednio 68,2% i 66,2%. Krwawienia z GOPP w grupie kobiet stanowią 31,8%, a wśród mężczyzn 33,8%.

Większość krwawień z przewodu pokarmowego diagnozowano u mieszkańców wsi, ich odsetek wynosił 53,4%, a wśród mieszkańców miasta 46,6%.

Wśród pacjentów zamieszkałych w mieście odsetek krwawień z DOPP był wyższy i wynosił 66,7%, natomiast krwawienia z GOPP stanowiły 33,3%. Podobne dane zarejestrowano w grupie osób zamieszkałych na wsi. Odsetek krwawień z DOPP był równy 67,3%, a w przypadku krwawienia z GOPP stanowił 32,7%.

Przyczyny krwawienia z przewodu pokarmowego

Przewód pokarmowy obejmuje GOPP i DOPP. Każdy z odcinków pełni różne funkcje, co predysponuje do występowania schorzeń charakterystycznych dla każdego z nich. W grupie badanych pacjentów przyczyną krwawień z GOPP najczęściej były wrzody - 13 przypadków, w 11-u przypadkach stwierdzono krwawienie z nadżerek. Krwawiące żyłaki przełyku diagnozowano u 7-u pacjentów. Najmniejsza ilość krwawień z GOPP spowodowana była zmianami nowotworowymi 3 przypadki.

W przeważającej ilości powodem występowania krwawienia z DOPP były hemoroidy oraz krwawienia po polipektomii, które wystąpiły na skutek działań mechanicznych po usunięciu dużych zmian polipowatych i wymagały odnotowania w wyniku badania. Krwawienia te wystąpiły odpowiednio w 24-ech i 23-ech przypadkach. Owrzodzenia były przyczyną 14-u odnotowanych krwawień. Najmniejsza ich liczba była spowodowana nowotworami - 8 przypadków.

Klasyfikacja krwawień z GOPP i DOPP

Klasyfikacja krwawień z GOPP opiera się o skalę Forrest, oceniającą aktywność zdiagnozowanych krwawienia na podstawie obrazu endoskopowego. Krwawienia sklasyfikowane w grupie Ia i Ib to krwawienia tętniące manifestujące się ostrym przebiegiem. W badanej grupie dotyczyły 9-u przypadków. Największą ilość 20 przypadków stanowiły

Krwawienia z przewodu pokarmowego diagnozowane w pracowni endoskopowej

SP ZOZ w Mońkach w 2022r.

krwawienia sączące - aktywne o łagodnym przebiegu, sklasyfikowane jako Forrest IIa, IIb i IIc. W 5-u przypadkach stwierdzono obecność hematyny - cechy oceniane jako Forrest III, świadczące o przebyłym krwawieniu.

Analiza stopnia aktywności krwawień z GOPP w zależności od ich przyczyn wykazała, że w badanej grupie pacjentów najczęściej diagnozowano krwawienia o średniej aktywności. Krwawienie z wrzodów w 12-u przypadkach opisano jako czynne o nasilonym przebiegu. Dużą aktywnością charakteryzowały się krwawienia z żyłaków przełyku. Krwawiące zmiany nowotworowe we wszystkich przypadkach miały średnią aktywność. Najłagodniejszy przebieg miały krwawienia z nadżerek.

W grupie badanych pacjentów krwawienia z DOPP były diagnozowane częściej niż krwawienia z GOPP, lecz ich przebieg w większości przypadków był łagodny. Obecność hematyny - cechę ustabilizowanego krwawienia diagnozowano najczęściej. Ilość krwawień o łagodnym przebiegu była różna w zależności od przyczyny krwawienia. Porównywalną ilość nie zależnie od przyczyny stanowiły krwawienia o średniej aktywności. Większość tętniących krwawień wystąpiła po polipektomii, w kilku przypadkach przyczyną masywnego krwawienia było owrzodzenie.

Zastosowane metody hemostazy endoskopowej

W zależności od lokalizacji miejsca krwawienia z przewodu pokarmowego oraz jego aktywności stosuje się różne metody hemostazy endoskopowej. Ich dobór był dokonany w oparciu o obraz endoskopowy i dostępność metod stosowanych w Pracowni Endoskopowej SP ZOZ w Mońkach. W tamowaniu krwawień z GOPP najczęściej stosowana była metoda iniekcyjna, której użyto w 10-u przypadkach. APC i klipsowanie krwawiącego naczynia wykorzystano odpowiednio w 6-u i 7-u przypadkach. Opaskowanie krwawiących żyłaków przełyku wykonano 5 razy. GoldProbe użyto przy tamowaniu 3-ech krwawień. W 3-ech przypadkach konieczne było zastosowanie kilku metod hemostazy endoskopowej jednocześnie. W tamowaniu krwawień z DOPP przeważającą większość stanowiło klipsowanie i użycie APC, zastosowane odpowiednio w 16-u i 15-u przypadkach. W tej samej ilości przy tamowaniu krwawień wykorzystano GoldProbe i metodę iniekcyjną - 6 przypadków. W tamowaniu krwawienia z DOPP 2 razy zaistniała konieczność zastosowania jednocześnie kilku metod hemostazy endoskopowej.

Miejsce krwawienia i jego stopień aktywności ma decydujący wpływ na dobór odpowiedniej metody hemostazy endoskopowej. W przypadku krwawień o dużej aktywności najczęściej stosowano klipowanie krwawiącego naczynia. Przy krwawieniach z żyłaków

przełyku wykonano opaskowanie. W przypadku krwawienia z małą dostępnością zastosowano GoldProbe i użyto kilku metod jednocześnie. APC i metoda iniekcyjna miała zastosowanie przy krwawieniach o średniej i małej aktywności.

Przy tamowaniu aktywnych, masywnych krwawień z DOPP najczęstsze zastosowanie miało klipsowanie krwawiącego naczynia - 16 przypadków, w 6-u przypadkach użyto GoldProbe, a trzykrotnie zastosowano kilku metod hemostazy endoskopowej jednocześnie. Metoda iniekcyjna miała zastosowanie przy krwawieniach sączących o średnim stopniu nasilenia. W 15-u przypadkach krwawień z DOPP charakteryzujących się małym stopniem aktywności lub z cechami ustabilizowanego krwawienia stosowano APC.

W tamowaniu krwawień z przewodu pokarmowego w badanej grupie pacjentów zastosowano nowoczesne techniki hemostazy endoskopowej uzyskując wysoki odsetek skuteczności, który był równy 102/103 przypadki, co stanowiło 99,1% wszystkich diagnozowanych i leczonych krwawień. Trafny dobór metod tamowania krwawienia dostępnych w placówce był zgodny z obowiązującymi standardami i wytycznymi. W połączeniu z wykonaniem badań w optymalnym czasie od pojawienia się cech krwawienia, miał decydujące znaczenie w skutecznym i trwałym jego opanowaniu. Analiza częstości zastosowania technik hemostazy endoskopowej w zależności od stopnia aktywności wg skali Forrest wykazała, że w masywnych, aktywnych krwawieniach pochodzenia nieżyłakowego - Forrest Ia, Ib, IIa najczęściej używano kilku metod jednocześnie oraz GoldProbe. Klipsowanie krwawiącego naczynia miało zastosowanie w krwawieniach nieżyłakowych o różnym nasileniu (sklasyfikowanych jako Forrest Ia, Ib, IIa, IIb i IIc). W tamowaniu krwawień o średniej i małej aktywności (Forrest IIa, IIb, IIc i III) najczęściej używano metody iniekcyjnej. Przy krwawieniach z cechami ustabilizowanego krwawienia (Forrest IIa, IIb i III) decydującą większość stanowiły zabiegi z użyciem APC. Do zabezpieczenia krwawień pochodzenia żyłakowego, które manifestowały się dużą masywnością w aktywnym ich przebiegu zastosowano opaskowanie kolumn żyłakowych - metody preferowanej w leczeniu tego rodzaju krwawień.

Tylko w 1/103 przypadki krwawień diagnozowanych wśród pacjentów z grupy objętej badaniami, sklasyfikowanym jako masywny, aktywny krwotok z DOPP - Forrest Ia, uzyskano efekt czasowej hemostazy pozwalający na bezpieczne przekazanie pacjenta na oddział Chirurgii w celu leczenia operacyjnego. Procent powikłań po endoskopowym tamowaniu krwawienia w badanej grupie był zadawalający i oscylował w średniej wartości odsetka powikłań po endoskopii zabiegowej stosowanej w tamowaniu krwawienia z przewodu pokarmowego, opisywanych w literaturze i wynosił 0,9%.

DYSKUSJA

Endoskopia jest najczęstszą metodą diagnostyczną schorzeń przewodu pokarmowego, gdyż umożliwia precyzyjne rozpoznanie, leczenie i monitorowanie przebiegu chorób GOPP i DOPP. Rozpoczyna całość postępowania medycznego, obejmującego decyzję o hospitalizacji i jej miejsca oraz pilność wykonania endoskopii zabiegowej, intensywność monitorowania, czy też włączenia leczenia farmakologicznego. Badania endoskopowe układu pokarmowego wykonuje się na podstawie skierowania. W kwalifikacji do endoskopii istotne jest uzyskanie podstawowych danych dotyczących przebiegu choroby, chorób współistniejących i zażywanych przez pacjenta leków, a w szczególności preparatów obniżających krzepliwość krwi [4].

W 2022 roku w Pracowni Endoskopowej SP ZOZ w Mońkach przeprowadzono 810 badań przewodu pokarmowego. Badania endoskopowe obejmowały diagnostykę górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Wykonano 411 gastroskopii i 399 kolonoskopii ich odsetek był przybliżony i wynosił odpowiednio 50,7% i 49,3% badanej grupy. Endoskopię przewodu pokarmowego przeprowadzono u pacjentów hospitalizowanych i kierowanych na badania przez lekarzy z Lecznictwa Otwartego, ich odsetek wynosił odpowiednio 37,0% i 63,0%. Przy czym w diagnostyce schorzeń DOPP większość stanowili pacjenci hospitalizowani - 55,1%, pozostałe 44,9% stanowiły kolonoskopie wykonane na podstawie skierowania z Lecznictwa Otwartego. W przypadku badań GOPP odsetek hospitalizowanych pacjentów wynosił zaledwie 19,5%. Zdecydowana większość gastroskopii - 80,5%, wykonana była na podstawie skierowania z Lecznictwa Otwartego.

Według Daniluka diagnostyka endoskopowa ma olbrzymie znaczenie w rozpoznaniu schorzeń przewodu pokarmowego, których częstość występowania jest uzależniona od badanej populacji [5].

Na podstawie analizy dokumentacji ustalono, że w trakcie przeprowadzania badań GOPP, krwawienie stwierdzono u 8,2% pacjentów, gastropatię zdiagnozowano u 31,3% badanych osób. Podobną ilość stanowiły gastropatie nadżerkowe - 22,6% i zapalenie przełyku - 20,3%. Rzadziej niż krwawienie diagnozowano wrzody, polipy, heteroplazję i żylaki przełyku. W 5-u przypadkach w trakcie wykonywanej gastroskopii założono PEG, zabiegi te stanowiły 1,0% wszystkich badań GOPP. Odsetek rozpoznanych krwawień z DOPP był dwukrotnie wyższy od liczby krwawień z GOPP i w grupie osób poddanych kolonoskopii wynosił 17,2%. W diagnostyce DOPP najczęściej stwierdzono polipy - 27,3% przypadków. Podobną ilość stanowiły żylaki odbytu - 21,0% i uchyłki - 20,8%. Rzadziej od krwawienia diagnozowano nadżerki, owrzodzenia i nowotwory.

**Krwawienia z przewodu pokarmowego diagnozowane w pracowni endoskopowej
SP ZOZ w Mońkach w 2022r.**

Endoskopia przewodu pokarmowego obejmuje badania diagnostyczne i zabiegowe. Do endoskopii zabiegowych zalicza się badania z polipektomią i z zastosowaniem wszystkich metod hemostazy [6].

W badanej grupie zdecydowaną większość stanowiły badania diagnostyczne z pobraniem materiału do oceny histopatologicznej. Na podstawie analizy wyników badań endoskopowych osób z badanej grupy ustalono, że endoskopię diagnostyczną przeprowadzono u 71,0% pacjentów, a u pozostałych 29,0% wykonano endoskopię zabiegową. Ilość endoskopii diagnostycznych i zabiegowych była zróżnicowana przy badaniach GOPP i DOPP. Odsetek gastroskopii z biopsją wynosił 83,7%, a kolonoskopii 53,1%, dodatkowe 2,7% i 2,3% obejmowały odpowiednio gastroskopia i kolonoskopia diagnostyczne bez biopsji. Zdecydowaną większość stanowiły kolonoskopie zabiegowe: 27,3% polipektomie i 17,3% endoskopia zabiegowe stosowane w tamowaniu krwawienia z DOPP. Przy diagnostyce GOPP gastroskopię z polipektomią i z tamowaniem krwawienia wykonano odpowiednio u 5,3% i 8,3% pacjentów.

Durko, Małecka-Panas [7] przedstawili podział krwawień. Ze względu na lokalizację i odmienną diagnostykę, wyróżnia się krwawienia z górnego i dolnego odcinka. Ponadto w krwawieniach z GOPP ze względu na inny sposób leczenia wyróżnia się: krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego pochodzenia nieżyłakowego i krwawienia z żyłaków przetyku. Ich rozpoznanie i leczenie opiera się przede wszystkim na badaniach endoskopowych.

W analizowanym materiale krwawienie do światła przewodu pokarmowego stwierdzono w 103 przypadkach - 12,7% grupy badawczej. Większość stanowiły krwawienia z DOPP rozpoznane w 69 przypadkach, krwawienie z GOPP zdiagnozowano u 34 osób. Odsetek krwawień z DOPP obejmował 67,0%, a z GOPP zaledwie 33,0% wszystkich zarejestrowanych krwawień.

Baniukiewicz i wsp. w publikacji „Ostre krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego o etiologii nieżyłakowej: epidemiologia, etiologia i wyniki leczenia w Polsce w 2014 roku”, przedstawili dane dotyczące częstości występowania krwawień [8]. Ostre krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego stanowią najczęstszy stan nagły w gastroenterologii. Na świecie występują z szacowaną roczną częstością wynoszącą 40-150 przypadków na 100 000 ludności. Leczenie powinno odbywać się w ośrodkach zapewniających odpowiedni sprzęt i przeszkoloną załogę. Według innych źródeł uzyskano podobne informacje. Podaje się w nich, że częstość występowania krwawienia z GOPP waha się 48-160 przypadków na 100 000 osób dorosłych na rok, a śmiertelność wynosi 10-14% [9].

Krwawienia z przewodu pokarmowego diagnozowane w pracowni endoskopowej

SP ZOZ w Mońkach w 2022r.

Krwawienia z GOPP stanowiły zdecydowaną mniejszość wśród wszystkich zarejestrowanych krwawień z przewodu pokarmowego. W trakcie przeprowadzania badań GOPP w grupie obejmującej 411 osób, odsetek krwawień wynosił 8,2%.

Nowakowska-Duława i wsp. w publikacji „Rozpoznanie i leczenie krwawień z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Omówienie wytycznych British Society of Gastroenterology 2019”, zamieścili dane statystyczne dotyczące częstości występowania krwawienia z DOPP. Według autorów stanowią one około 25-33% wszystkich krwawień z przewodu pokarmowego. Śmiertelność spowodowana tymi krwawieniami wynosi 5% i jest niższa niż w przypadku krwawień z GOPP [10].

Amerykańskie Towarzystwo Endoskopii Przewodu Pokarmowego (ASGE) publikuje przybliżone dane: krwawienie do dolnego odcinka przewodu pokarmowego stanowi 20-30% spośród wszystkich rozpoznanych krwawień do przewodu pokarmowego i ma zazwyczaj łagodniejszy przebieg od krwawień z GOPP [11].

Na podstawie analizy wyników badań ustalono, iż ilość rozpoznanych krwawień z DOPP była dwukrotnie wyższa od liczby krwawień z GOPP. Statystyki te różni się znacznie od danych zamieszczonych w literaturze. Odsetek krwawień w grupie 399 osób poddanych kolonoskopii wynosił 17,2%, a ich przebieg w większości przypadków był łagodny. Obecność hematyny - cechę ustabilizowanego krwawienia diagnozowano najczęściej. Ilość krwawień o łagodnym przebiegu była różna w zależności od przyczyny krwawienia. Porównywalną ilość nie zależnie od przyczyny stanowiły krwawienia o średniej aktywności. Większość tętniących krwawień wystąpiła po polipektomii, w kilku przypadkach przyczyną masywnego krwawienia było owrzodzenie

Według ASGE krwawienie występuje najczęściej u osób w wieku 63–77 lat [11]. Jest to zgodne z obserwacjami w przeprowadzonym badaniu. W badaniach innych autorów stwierdzono, że u osób starszych występuje więcej chorób współistniejących oraz większy odsetek pacjentów przyjmuje leki przeciwkrzepliwne, co zwiększa ryzyko wystąpienia krwawienia z przewodu pokarmowego [12].

W badanej grupie największą ilość krwawień zarejestrowano u pacjentów w wieku 56-75 lat. Większość stanowiły krwawienia z DOPP - 56,5%. W tym przedziale wiekowym odnotowano również największą ilość krwawień z GOPP, ich wartość wynosiła 44,1%. Częstość występowania krwawień u pacjentów w ostatnim przedziale wiekowym (76 lat <) z DOPP wynosiła 26,1%, a z GOPP 23,5%. Wśród osób młodych w pierwszym przedziale wiekowym obejmujących pacjentów w wieku 18-35 lat, odsetek zdiagnozowanych krwawień z GOPP i DOPP wynosił odpowiednio 2,9% i 1,5%.

Krwawienia z przewodu pokarmowego diagnozowane w pracowni endoskopowej

SP ZOZ w Mońkach w 2022r.

Bartnik podkreśla rolę zespołu endoskopowego, lekarzy i pielęgniarek, która polega na ustaleniu lokalizacji, przyczyny i stopnia krwawienia oraz prawidłowej kwalifikacji do wdrożenia odpowiedniej zabiegowej techniki endoskopowej. Ustalenia te mają istotne znaczenie, gdyż krwawienia do przewodu pokarmowego przebiegają z różną intensywnością i wymagają podjęcia odmiennego leczenia w zależności od stanu chorego [13].

Marek i wsp. stwierdzili, że krwawienie do przewodu pokarmowego nie stanowi samodzielnej jednostki chorobowej. Jest bowiem powikłaniem wielu pierwotnych przewlekłych i ostrych chorób układu pokarmowego. Każdy z odcinków pełni różne funkcje, co predysponuje do występowania schorzeń charakterystycznych dla każdego z nich. Według publikacji najczęstszą przyczyną krwawień z GOPP są wrzody dwunastnicy - 25%, krwawiące wrzody żołądka stanowią 15,9%, krwawienie z nadżerek 15,4%, nieco rzadziej diagnozuje się krwawienie z przełyku spowodowane żylakami, zapaleniem, czy rozdarciem Mallory'ego-Weissa. Nowotwory są przyczyną 2,3%, a 8,9% krwawień jest z przyczyn niewyjaśnionych [14].

W grupie badanych pacjentów przyczyną krwawień z GOPP najczęściej były wrzody - 13 przypadków, w przybliżonej ilości 11-u przypadków, stwierdzono krwawienie z nadżerek. Krwawiące żylaki przełyku diagnozowano u 7-u pacjentów. Najmniejsza ilość krwawień z GOPP spowodowana była zmianami nowotworowymi.

W przedstawionym materiale 103 chorych z objawami klinicznymi krwawienia z przewodu pokarmowego poddano endoskopii w celu ustalenia lokalizacji i aktywności krwawienia, oraz kwalifikacji i wdrożenia interwencji zabiegowej z zastosowaniem odpowiednich metod hemostazy endoskopowej. Analiza stopnia aktywności krwawień z GOPP w zależności od ich przyczyn wykazała, że w badanej grupie pacjentów najczęściej diagnozowano krwawienia o średniej aktywności. Krwawienie z wrzodów w 12-u przypadkach opisano jako czynne o nasilonym przebiegu. Dużą aktywnością charakteryzowały się krwawienia z żylaków przełyku. Krwawiące zmiany nowotworowe we wszystkich przypadkach miały średnią aktywność. Najłagodniejszy przebieg miały krwawienia z nadżerek.

Ze względu na odmienny sposób zaopatrzenia i różne rokowanie w krwawieniu do górnego odcinka przewodu pokarmowego wyróżnia się krwawienia z żylaków przełyku lub żołądka oraz krwawienia nieżylakowe [3].

W przedstawionym materiale krwawienie z żylaków stwierdzono u 7 osób, nieżylakowe krwawienie z GOPP rozpoznano w 27 przypadkach.

Wróblewski i Dąbrowski w artykule „Zasady leczenia krwawień z żylaków przełyku zwracają uwagę na odmienny charakter krwawień w zależności od ich przyczyn” przedstawili,

że przebieg krwawienia pochodzenia niezylakowego jest zwykle mniej intensywny niż krwawienie z żyłaków. Głównymi metodami tamowania krwawień z GOPP są metody iniekcyjne, koagulacyjne oraz mechaniczne. W przypadku krwawiących żyłaków przełyku leczenie endoskopowe polega na założeniu opasek lub ostrzykiwaniu - skleroterapii [15].

Ciesielski i wsp. [16] opublikowali dane statystyczne według, których krwawienie z DOPP spowodowana jest najczęściej chorobami okolicy odbytniczej (hemoroidy, szczelina odbytu, zapalenie odbytu i odbytnicy, przetoki, uszkodzenia mechaniczne) są przyczyną 4-10% wszystkich krwawień z DOPP. Do pozostałych przyczyn zalicza się polipy jelita grubego, uchyłki jelita grubego, patologie naczyniowe w jelicie grubym i raka jelita grubego. Według danych statystycznych w cytowanej publikacji, dotyczących częstości występowania poszczególnych przyczyn krwawienia z DOPP wynika, iż największą ich liczbę stanowiły guzki krwawnicze - 25 osób (27%), a następnie polipy - 9 osób (9,7%), szczelina - 4 pacjentów (4,2%), przetoka odbytu - 2 pacjentów (2,1%) i guz jelita grubego - 1 osoba (1%).

W prezentowanej pracy uzyskano bardzo podobne wyniki, według których najczęstszym powodem występowania krwawienia z DOPP były hemoroidy oraz krwawienia po polipektomii, które wystąpiły na skutek działań mechanicznych po usunięciu dużych zmian polipowatych i wymagały odnotowania w wyniku badania. Krwawienia te rejestrowano odpowiednio w 24-ech i 23-ech przypadkach. Owrzodzenia były przyczyną 14-u odnotowanych krwawień, a najmniejsza ich liczba była spowodowana nowotworami.

Rodzaj, intensywność i częstość krwawień uzależniona jest bezpośrednio od przyczyny. W świetle obecnych opracowań za najczęstsze przyczyny krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego o najbardziej intensywnym ich przebiegu wymienia się: guzki krwawnicze, szczelinę odbytu, chorobę uchyłkową jelita grubego, polipy i guzy jelita grubego. Wśród mniej częstych przyczyn, które cechuje mniejsza aktywność krwawienia, wymienia się również choroby zapalne jelit, angiodyspłazję jelit [16].

Endoskopia zabiegowa stosowana w tamowaniu krwawienia z układu pokarmowego jest dynamicznie rozwijającą się metodą leczenia, a ciągły rozwój nowych technologii, stwarza możliwości stosowania coraz bardziej zaawansowanej terapii [17].

Leczenie endoskopowe w przypadku krwawienia do przewodu pokarmowego jest uznawane za standard i powinno być przeprowadzone u wszystkich chorych, u których stan ogólny umożliwia wykonanie endoskopii. Dobór metody leczenia opiera się zazwyczaj o ocenę intensywności krwawienia według skali Forrest [11].

U chorych z aktywnym krwawieniem (FIa, FIb), Daniluk i Dąbrowski zalecają zastosowanie endoskopowej terapii skojarzonej z użyciem iniekcji adrenaliny oraz drugiej

metody hemostazy (kontaktowej terapii termicznej lub mechanicznej). W przypadku zmian typu FIIa (niekrwawiące naczynie) w monoterapii zaleca się natomiast terapię termiczną (kontaktową lub bezkontaktową), mechaniczną lub iniekcję środka obliterującego [5].

W leczeniu chorych z krwawieniem do górnego odcinka pochodzenia nieżyłakowego wykorzystuje się najczęściej endoskopowe metody iniekcyjne w połączeniu z koagulacją cieplną lub założeniem klipsów. Dobór odpowiedniej metody zaopatrzenia krwawienia jest ściśle związany z jego źródłem. Inne są możliwości terapeutyczne w górnym i dolnym odcinku przewodu pokarmowego [18].

Jedną z głównych metod endoskopowych wykorzystywanych w leczeniu jest metoda iniekcyjna. Stosowana jest również koagulacja naczyń i tkanek, które bezpośrednio otaczają miejsce krwawienia - ta metoda pozwala na uzyskanie hemostazy. Jedyną stosowaną obecnie metodą koagulacji bezkontaktowej jest plazmowa koagulacja argonowa (ang. argon plasma coagulation – APC). Leczenie endoskopowe zwykle polega na połączeniu metody iniekcyjnej z koagulacją cieplną lub założeniem klipsów. W literaturze dostępne są wyniki badań, które potwierdzają, że kombinacja dwóch metod jest lepsza niż ta, w której zastosowano tylko jedną metodę endoskopową [14].

W wybranych przypadkach aktywnego krwawienia (FIIa i FIIb) z wrzodu o średnicy >2cm, z widocznym naczyniem >2mm, zlokalizowanym w obszarach o bogatym unaczynieniu lub z nasilonym włókniakiem jako terapię endoskopową pierwszego wyboru można rozważyć zastosowanie klipsa OTS (*over the scope*) [17].

Spośród nowych metod coraz częściej wykorzystuje się różne substancje o działaniu homeostatycznym, np. hemospray. Metoda ta pozwala na bezkontaktowe zastosowanie proszku o właściwościach hemostatycznych, który naniesiony na krwawiące naczynie powoduje jego obkurczenie i prowadzi do zatamowania krwawienia.

W badanej grupie pacjentów z krwawieniem z przewodu pokarmowego zastosowano różne metody hemostazy endoskopowej w zależności od lokalizacji miejsca krwawienia oraz jego aktywności. Ich dobór był dokonany w oparciu o obraz endoskopowy i dostępność metod stosowanych w Pracowni Endoskopowej SP ZOZ w Mońkach. W tamowaniu krwawień z GOPP najczęściej stosowana była metoda iniekcyjna, której użyto w 10-u przypadkach. APC i klipsowanie krwawiącego naczynia wykorzystano odpowiednio w 6-u i 7-u przypadkach. Opaskowanie krwawiących żyłaków przełyku wykonano 5 razy. GoldProbe użyto przy tamowaniu 3-ech krwawień. W 3-ech przypadkach konieczne było zastosowanie kilku metod hemostazy endoskopowej jednocześnie. W tamowaniu krwawień z DOPP przeważającą większość stanowiło klipsowanie i użycie APC, zastosowane odpowiednio w 16-u i 15-u

przypadkach. W tej samej ilości przy tamowaniu krwawień wykorzystano GoldProbe i metodę iniekcyjną - 6 przypadków. W tamowaniu krwawienia z DOPP 2 razy zaistniała konieczność zastosowania kilku metod hemostazy endoskopowej jednocześnie. Skuteczności i bezpieczeństwa wykorzystania terapii endoskopowej w leczeniu krwawień do przewodu pokarmowego potwierdzone zostały w wielu publikacjach. Skuteczność terapii endoskopowej w piśmiennictwie sięga 80–93% w zależności od zastosowanej metody leczenia endoskopowego [19].

W tamowaniu krwawień z przewodu pokarmowego w badanej grupie pacjentów zastosowano nowoczesne techniki hemostazy endoskopowej uzyskując wysoki odsetek skuteczności. Dokonanie trafnego doboru metod dostępnych w placówce i wykonanie badań w optymalnym czasie od pojawienia się cech krwawienia, miało decydujące znaczenie w skutecznym i trwałym jego opanowaniu. W przedstawionej pracy skuteczność zaopatrzenia endoskopowego, czyli liczba udanych zabiegów endoskopowych, wynosiła 102/103 przypadki krwawienia. Odsetek powikłań wyniósł jedynie 0,9%, co jest wynikiem zbliżonym do wyników publikowanych przez innych autorów. Odsetek powikłań w przypadku endoskopowego leczenia krwawienia z przewodu pokarmowego w wynikach przedstawionych przez Eisena wynosi 0,7-5% [20].

Wykonanie endoskopii w masywnym krwawieniu do dolnego odcinka przewodu pokarmowego jest bardzo trudne, ponieważ możliwość oceny nieprzygotowanego jelita zwykle jest niewielka. W przypadku masywnego krwotoku, endoskopię DOPP wykonuje się, gdy jelito oczyści się w stopniu umożliwiającym ocenę. Marek i wsp., w każdym przypadku niepowodzenia leczenia endoskopowego, a także przy niepewnym zaopatrzeniu u osób z grupy wysokiego ryzyka zgonu zalecają zastosowanie leczenia chirurgicznego [14].

W przedstawionym materiale tylko w jednym przypadku krwotoku z DOPP uzyskano efekt czasowej hemostazy pozwalający na bezpieczne przekazanie pacjenta na oddział Chirurgii w celu leczenia operacyjnego. Biorąc pod uwagę prezentowane wyniki, należy zaznaczyć, że leczenie endoskopowe wdrożone u wszystkich chorych z czynnym krwawieniem do przewodu pokarmowego. W przedstawionym materiale krwawienie do światła przewodu pokarmowego stwierdzono u 103 chorych, co stanowiło 12,7% badanej grupy. Skuteczność leczenia endoskopowego była uzyskana w 102/103 przypadki, ich odsetek był równy 99,1%. W oparciu o powyższe dane można stwierdzić, że leczenie endoskopowe powinno być postępowaniem z wyboru w grupie chorych z krwawieniem z przewodu pokarmowego niezależnie od jego lokalizacji. Odsetek powikłań wynoszący 0,9% świadczy o wysokiej skuteczności i bezpieczeństwie endoskopowych metod hemostazy. Należy jednak pamiętać, że

uzyskiwane wyniki mogą się istotnie różnić w odniesieniu do innej grupy pacjentów, gdyż w dużym stopniu uzależnione są od wieku pacjentów, chorób towarzyszących oraz źródła i stopnia nasilenia krwawienia.

Na podstawie przedstawionych wyników i opinii autorów, które zawarto w dyskusji można stwierdzić, że uzyskane wyniki badań własnych różniły się nieznacznie w przypadku częstości występowania schorzeń przewodu pokarmowego w tym krwawień, gdyż dotyczą cech swoistych badanej grupy. W odniesieniu do zastosowanych metod endoskopowego leczenia krwawień, które wdrożone były zgodnie z publikowanymi wytycznymi i wykonane zostały według obowiązujących procedur, w dużej części korelują z innymi danymi zaczerpniętymi z literatury.

WNIOSKI

1. Krwawienia z DOPP w grupie 399 pacjentów stanowiły 17,2%, a krwawienia z GOPP w grupie obejmującej 411 osób - 8,2%.
2. Największą liczbę krwawień z przewodu pokarmowego zdiagnozowano u pacjentów w przedziale wiekowym 56-75 lat, w grupie mężczyzn i mieszkańców wsi.
3. Najczęstszą przyczyną krwawień z GOPP w badanej grupie były wrzody i nadżerki.
4. Powodem występowania krwawienia z DOPP w przeważającej ilości były hemoroidy oraz krwawienia, które wystąpiły na skutek działań mechanicznych po usunięciu dużych zmian polipowatych i wymagały odnotowania w wyniku badania.
5. Analiza stopnia aktywności krwawień z GOPP wykazała, że najczęściej diagnozowano krwawienia o średniej aktywności. Dużą aktywnością charakteryzowały się krwawienia z żylaków przełyku. Krwawienie z wrzodów najczęściej opisano jako czynne o nasilonym przebiegu. Natomiast krwawiące zmiany nowotworowe we wszystkich przypadkach miały średnią aktywność.
6. W grupie badanych pacjentów krwawienia z DOPP miały przebieg w większości przypadków był łagodny.
7. W przypadku krwawień z GOPP o dużej aktywności najczęściej stosowano klipsowanie krwawiącego naczynia. Przy krwawieniach z żylaków przełyku wykonano opaskowanie. W przypadku krwawienia z małą dostępnością zastosowano GoldProbe i użyto kilku metod jednocześnie. APC i metoda iniekcyjna miała zastosowanie przy krwawieniach o średniej i małej aktywności.
8. W tamowaniu aktywnych, masywnych krwawień z DOPP najczęstsze zastosowanie miało klipsowanie krwawiącego naczynia. Metoda iniekcyjna miała zastosowanie przy

krwawieniach sączących o średnim stopniu nasilenia. W krwawieniach z DOPP, charakteryzujących się małym stopniem aktywności lub z cechami ustabilizowanego krwawienia najczęściej stosowano APC.

PIŚMIENNICTWO

1. Głuszek S.: Chirurgia Podstawy. PZWL, Warszawa 2019, 137-138.
2. Szmidt J., Kuźdżał J. (red.): Podstawy chirurgii. Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, 617.
3. Ładny R. J.: Masywne krwawienie z żyłaków przełyku jako problem diagnostyczno-leczniczy. Standardy postępowania w szpitalnym oddziale ratunkowym. Postępy Nauk Medycznych 2009, 6: 469-473.
4. Daniluk J., Dąbrowski A.: Choroby przewodu pokarmowego - postępy 2021/2022 (cz.1). Medycyna Praktyczna 2022, 7-8: 72-80.
5. Daniluk J., Dąbrowski A.: Choroby przewodu pokarmowego - postępy 2021/2022 (cz.2). Medycyna Praktyczna 2022, 10: 43-53.
6. Konturek S.J., Krwawienie z przewodu pokarmowego. [w:] Konturek S. J. (red.). Gastroenterologia i hepatologia kliniczna. PZWL, Warszawa 2006, 468-477.
7. Durko Ł., Małeczka-Panas E.: Krwawienia z przewodu pokarmowego. *Pediatrics Medycyny Rodzinnej* 2011, 7: 17-29.
8. Baniukiewicz A., Lichwierowicz A., Maluchnik M., Wasilewicz M., Woynarowski M.: Ostre krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego o etiologii nieżylakowej - epidemiologia, etiologia i wyniki leczenia w Polsce w 2014 roku. *Gastroenterologia Kliniczna* 2018, 2: 39-51.
9. Oakland K., Chadwick G., East J.E. et al.: Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: Guidelines from the British Society of Gastroenterology 2019, 68: 776-789.
10. Nowakowska-Duława i wsp.: Rozpoznanie i leczenie krwawień z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Omówienie wytycznych British Society of Gastroenterology 2019. *Medycyna Praktyczna*, 2020, 6: 45-50.
11. Shabana F.: The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding - ASGE Standards Of Practice Committee. *Gastrointest Endosc* 2014, 79(6): 875-885.
12. Gralnek I.M.: Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2015, 42-46.

Krwawienia z przewodu pokarmowego diagnozowane w pracowni endoskopowej

SP ZOZ w Mońkach w 2022r.

13. Bartnik W.: Gastroenterologia - postępy 2009. *Medycyna Praktyczna* 2010, 5: 24-34.
14. Marek T., Baniukiewicz A., Wallner G., Rydzewska G., Dąbrowski A.: Wytyczne postępowania w krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego pochodzenia nieżylakowego. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2008, 3: 1-22.
15. Wróblewski E., Dąbrowski A.: Zasady leczenia krwawień z żyłaków przełyku. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2010, 5 (3): 123-144.
16. Ciesielski P., Kołodziejczak M., Górnicki K.: Krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego pułapką diagnostyczną – badanie prospektywne 200 pacjentów przebadanych w Przychodni Poradni Chirurgicznej Szpitala w Wołominie. *Nowa Medycyna* 2008, 4: 5-9.
17. Gralnek I.M., Stanley A.J., Morris A.J. et al.: Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline - update 2021. *Endoscopy* 2021, 53: 300-332.
18. Kurek K., Baniukiewicz A.: Wskaźniki jakości w endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego - wytyczne grupy roboczej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii. *Gastroenterologia Praktyczna* 2014, 3: 30–48.
19. Belletrutti P.J.: Endoscopic management of gastric varices: efficacy and outcomes of gluing with N-butyl-2-cyanoacrylate in a North American patient population. *Can J Gastroenterol Hepatology* 2008, 22(11): 931-936.
20. Eisen G.M.: Complications of upper GI endoscopy. *Gastrointest Endoscop* 2002, 55(7): 784-793.

Krwawienie do światła przewodu pokarmowego

Anna Domańska¹, Barbara Jankowiak²

1. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Krwawienia do światła przewodu pokarmowego dzielą się ze względu na lokalizację miejsca krwawienia, na krwawienie do górnego lub dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Krwawienie do górnego odcinka przewodu pokarmowego (GOPP) to krwawienie w zakresie przełyku, żołądka i dwunastnicy [1].

W Polsce liczba hospitalizacji z powodu krwawienia do GOPP wynosi ok. 40–150 na 100 000 osób rocznie [2].

Krwawienia do górnego odcinka przewodu pokarmowego, ze względu na odmienny sposób zaopatrzenia i różne rokowanie, dzielą się na krwawienia z żyłaków przełyku lub żołądka oraz krwawienia pochodzenia nie żyłakowego [3].

Przyczyną około 50% nie żyłakowych krwotoków do przewodu pokarmowego są wrzody trawienne dwunastnicy lub żołądka. W tej grupie chorych w 70% przypadków stwierdza się dodatni wynik na obecność *Helicobacter pylori*. W Polsce zakażenie występuje u ponad 90% populacji. Infekcja *Helicobacter pylori* w połączeniu z częstym stosowaniem leków niesterydowych przeciwzapalnych to czynniki zwiększające ryzyko występowania krwawienia, wpływają też negatywnie na rokowanie w ich przebiegu - śmiertelność w tej grupie chorych wynosi 3,5–14% [4].

Przyczyną około 11% wszystkich krwawień do górnego odcinka przewodu pokarmowego są żyłaki przełyku i żołądka. Śmiertelność w tej grupie chorych wynosi 15–50%, a ryzyko zgonu rośnie z każdym nawrotem choroby. Z powodu dużej nawrotowości w niektórych przypadkach ryzyko zgonu sięga 100% [5].

Krwawienie do dolnego odcinka przewodu pokarmowego (DOPP), dotyczy krwawień zlokalizowanych w jelicie cienkim dystalnie od więzadła Treitza lub w jelicie grubym. Krwawienia do DOPP stanowią około 20% wszystkich krwawień do przewodu pokarmowego. W przypadku krwawienia do DOPP około 20 chorych na 100 000 wymaga leczenia szpitalnego, a śmiertelność wynosi około 3–5% [6].

Krwawienie do światła przewodu pokarmowego

Występowaniu krwawych stolców w ok. 60% przypadków oznacza, że przyczyna krwawienia znajduje się w górnym odcinku przewodu pokarmowego. W tych przypadkach miejsce krwawienia znajduje się zazwyczaj w dwunastnicy i powodując obfite wynaczynienie krwi w przewodzie pokarmowym znacznie przyspiesza pasaż jelitowy.

Przy diagnostyce i różnicowaniu krwawienia oraz analizie objawów należy uwzględnić możliwość występowania substancji imitujących krew lub dających czarne zabarwienie stolca (zażywane przez pacjenta preparaty żelaza, bizmutu lub węgla) [7].

Podstawowe objawy, które świadczą o aktywnym krwawieniu do światła przewodu pokarmowego, wynikają z hipowolemii. Zalicza się do nich:

- obniżone wartości ciśnienia tętniczego;
- przyspieszona czynność serca;
- przyspieszony oddech;
- zawroty głowy;
- osłabienie;
- blada, zimna i złana potem skóra [7].

Leczenie aktywnego krwawienia z przewodu pokarmowego, niezależnie od tego czy jest ono powikłaniem zabiegów endoskopowych czy wynikiem chorób współistniejących (owrzodzenie, nowotwór, zmiany naczyniowe), obejmuje w pierwszym rzędzie techniki endoskopowe.

ROZWINIĘCIE

Pierwotną przyczyną większości krwawień jest uszkodzenie błony śluzowej przewodu pokarmowego i naczyń krwionośnych położonych w zewnętrznej części błony śluzowej, zwanej błoną surowiczą.

Do jej uszkodzenia dochodzi na skutek działania szkodliwych czynników endogennych i egzogennych. Najczęstszym czynnikiem ryzyka wystąpienia krwawienia w świetle przewodu pokarmowego, zarówno w górnym jak i dolnym odcinku, jest przyjmowanie leków z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) [1, 6].

Do leków najbardziej szkodliwych dla przewodu pokarmowego zalicza się:

- niesteroidowe leki przeciwzapalne - NLPZ (Ibuprofen, który jest bardzo często stosowany), niszczą ścianę żołądka i mogą prowadzić do powstawania wrzodów oraz znacznej liczby krwotoków z żołądka;

Krwawienie do światła przewodu pokarmowego

- kwas acetylosalicylowy (aspiryna), który należy do NLPZ i niszczy błony śluzowe przewodu pokarmowego; jego zażywanie jest drugą najczęstszą przyczyną krwawień z przewodu pokarmowego;
- inne leki przeciwzakrzepowe i zapobiegające agregacji płytek, które powodują krwawienia z przewodu pokarmowego;
- leki osłaniające błonę śluzową przewodu pokarmowego, zawierające glin, mające działanie prooksydacyjne i neurotoksyczne;
- antybiotyki, niszczące florę bakteryjną i zwiększające ryzyko występowania w przyszłości opornych na antybiotyki bakterii;
- suplementy diety zawierające żelazo lub miedź, mające silne działanie prozapalne,
- drażniące środki przeczyszczające, upośledzające wchłanianie niektórych witamin [8].

Najczęstsze przyczyny krwawienia z przewodu pokarmowego

Wśród najczęstszych przyczyn krwawienia do GOPP należy wymienić:

- wrzód żołądka;
- wrzód dwunastnicy;
- ostrą gastropatię krwotoczną [6].

Stanowią one ok. 60% krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Krwawienia do przewodu pokarmowego mogą towarzyszyć innym ciężkim chorobom takim jak: sepsa, uraz wielonarządowy, ciężkie oparzenia czy wstrząs. Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego może być spowodowane:

- żylakami przełyku lub żołądka;
- zespołem Mallory'ego i Weissa (pęknięcie błony śluzowej przełyku lub początkowej części żołądka [tzw. wpustu żołądka] spowodowane obfitymi wymiotami, najczęściej występujące u osób nadużywających alkoholu);
- zapaleniem błony śluzowej przełyku lub dwunastnicy;
- zmianami nowotworowymi;
- owrzodzeniem przełyku [6].

Częstą przyczyną krwawienia do dolnego odcinka przewodu pokarmowego jest choroba uchyłkowa jelita grubego. Krwawienie z uchyłków zwykle jest niebolesne i rozpoczyna się gwałtownie. Najczęściej krwawienia z uchyłków zlokalizowane są w lewej części okrężnicy. W ok. 80% przypadków krwawienie to ustępuje samoistnie, a nawraca u ok. 25%. Należy jednak pamiętać, że u pacjentów z grupy zwiększonego ryzyka, krwawienia mogą utrzymywać

się długo lub dawać częste nawroty. W tym przypadku, gdy leczenie endoskopowe nie przynosi oczekiwanych efektów, konieczna jest odcinkowa resekcja jelita z uchyłkami [7].

Źródła krwawienia znajdujące się w jelicie cienkim są trudne do zdiagnozowania, ponieważ znajdują się poza zasięgiem zwykłego gastrokopu. Są odpowiedzialne za większość krwawień utajonych do przewodu pokarmowego. Krwawienia utajone występują dość rzadko, a najczęściej przyczyną ich są malformacje naczyniowe, charakterystyczne głównie dla osób starszych. Krwawienia do jelita cienkiego dotyczą 5–10% chorych z objawami krwawienia do przewodu pokarmowego [9].

Krwawienie z przewodu pokarmowego może być także związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi, które są efektem działania leków przeciwplatekcyjnych lub przeciwkrzepliwych. Przy wykonywaniu endoskopii u takich pacjentów opracowano standardy właściwego postępowania endoskopistów. Zalecenia dotyczą wyboru procedur zgodnych ze współczesną wiedzą, obarczonych najmniejszym możliwym ryzykiem wystąpienia krwawienia [10].

Klasyfikacja krwawień z przewodu pokarmowego

Podstawowa klasyfikacja krwawień opiera się na określeniu miejsca, przyczyny krwawienia oraz jego aktywności, a polega na ustaleniu:

- czy krwawienie występuje w górnym czy dolnym odcinku przewodu pokarmowego;
- czy krwawienie zlokalizowane jest w przełyku, żołądku, dwunastnicy czy jelicie;
- jakiego typu jest zmiana krwawiąca;
- czy krwawienie jest aktywne.

Na podstawie obrazu endoskopowego ocenia się etapy gojenia się zmiany będącej źródłem krwawienia, czyli tzw. endoskopowe znamiona krwawienia. Klasyfikację endoskopowych znamion krwawienia opisuje się w skali Forresta [11].

W oparciu o ocenę intensywności krwawienia według skali Forresta opracowano skalę rokowniczą do stratyfikacji chorych na grupy o dużym i małym ryzyku wystąpienia ponownego krwawienia. Do grupy o dużym ryzyku nawrotu krwawienia zalicza się czynne krwawienia tętniące (Ia), sączące (Ib), widoczne niekrwawiące naczynie (IIa) i widoczny przylegający skrzep (IIb). Do grupy o niskim ryzyku nawrotu krwawienia zalicza się zmiany sklasyfikowane w jako IIc i III wg skali Forresta [11].

W celu określenia rokowania w przebiegu krwawienia do przewodu pokarmowego stosuje się ocenę według skali Rockalla.

Zgodnie z powyższą skalą klasyfikuje się pacjentów do trzech grup:

- z rokowaniem dobrym;
- z rokowaniem pośrednim;
- z dużym ryzykiem zgonu [12].

Ocena ciężkości krwawień i postępowanie terapeutyczne

Ocena ciężkości krwawienia i prognozowanie jego przebiegu ma decydujące znaczenie dla całości postępowania medycznego - podjęcia decyzji o hospitalizacji, wyborze miejsca hospitalizacji, pilności wykonania endoskopii, intensywności monitorowania czy leczenia farmakologicznego.

Wstępna ocena prognostyczna opiera się na przedendoskopowej ocenie pacjentów z objawami krwawienia, według skali Rockalla. Na wynik składa się suma punktów za wiek, tętno i ciśnienie krwi oraz choroby towarzyszące [11]. Ocena wynosząca 0 pkt (chory przed 60-ym rokiem życia, bez chorób towarzyszących, zaburzeń hemodynamicznych) jest równoznaczna z bardzo dobrym rokowaniem, natomiast ocena wynosząca 7 pkt (chory w wieku >80 lat, z ciężkimi chorobami towarzyszącymi, we wstrząsie) wiąże się w 50% z ryzykiem wystąpienia zgonu [8].

Na podstawie punktacji wg skali Rockalla podejmuje się decyzję o trybie wykonania badania endoskopowego. Osoby z oceną większą lub równą 3 pkt powinni być hospitalizowani na oddziale internistycznym i poddani endoskopii w trybie pilnym, natychmiast po wyrównaniu zaburzeń hemodynamicznych. U pacjentów z oceną w wysokości 0-2 pkt można zaplanować wykonanie endoskopii w trybie przyspieszonym (następnego dnia roboczego rano, ale nie powyżej niż 24 godz. po przyjęciu) [11]. Postępowanie terapeutyczne powinno być poprzedzone wykonaniem badań laboratoryjnych [11].

Przebieg resuscytacji zależy od nasilenia krwawienia. Podstawą działań terapeutycznych w krwawieniu z przewodu pokarmowego jest uzupełnienie płynów i utrzymanie prawidłowego ciśnienia krwi tętniczej. W przypadku krwawienia o niewielkim nasileniu i bez istotnych czynników ryzyka (młody wiek pacjenta, bez istotnych chorób towarzyszących, zaburzeń hemodynamicznych, z prawidłowym stężeniem hemoglobiny) zaleca się:

- we wszystkich przypadkach zapewnić dostęp do żyły obwodowej;
- nawodnić drogą parenteralną;
- do czasu wykonania endoskopii pozostawić na diecie „0”;
- wykonywać pomiar ciśnienia tętniczego i częstości tętna (początkowo co godzinę);
- kontrolować diurezę [11].

Krwawienie do światła przewodu pokarmowego

Postępowanie w przypadku dużego nasilenia krwawienia i/lub istotnymi czynnikami ryzyka (starszy wiek, istotne choroby towarzyszące, częstość akcji serca >100/min i/lub skurczowe ciśnienie tętnicze krwi <100 mmHg, stężenie hemoglobiny <10g/dl) polega na:

- zaleceniu pacjentowi diety „0”;
- zapewnieniu dostępu do żył obwodowych (przynajmniej 2 kaniule typu wenflon o dużej średnicy) lub żyły centralnej;
- wprowadzeniu cewnika do pęcherza moczowego;
- monitorowaniu (częstość akcji serca, ciśnienie tętnicze krwi, częstości oddechów, wysycenia tlenem krwi tętniczej, EKG);
- kontrolowaniu diurezy godzinowej;
- kontrolowaniu ośrodkowego ciśnienia żylnego (zwłaszcza u osób z chorobami układu krążenia) [11].

Endoskopowa klasyfikacja krwawień umożliwia podejmowanie ukierunkowanych i bardziej skutecznych działań terapeutycznych. Zastosowanie endoskopowych metod hemostazy jest możliwe już w czasie wykonywania endoskopii diagnostycznej. Wczesna hemostaza skraca czas leczenia krwawienia i zapobiega występowaniu powikłań [4].

Endoskopowe metody leczenia krwawienia z przewodu pokarmowego

Do najczęściej stosowanych a zarazem najbardziej dostępnych metod endoskopowych wykorzystywanych w leczeniu krwawień do przewodu pokarmowego jest **metoda iniekcyjna**. Polega ona na podaniu w okolicę miejsca krwawienia, za pomocą igły, substancji zmniejszających krwawienie. Zabieg polega zazwyczaj na wstrzyknięciu substancji hamującej krwawienie lub sklerotyzującej w trzy lub cztery miejsca położone w okolicy krwawiącej zmiany. Mechanizm hemostazy polega na bezpośrednim ucisku na krwawiące naczynie wstrzykniętego do tkanki środka, przez wytworzenie w błonie śluzowej i podśluzowej zbiorników podanego roztworu. Istotne znaczenie ma działanie swoiste podanej substancji (obkurczenie naczyń przy podaniu adrenaliny, wywołanie odczynu zapalnego przy podaniu substancji drażniących, wytworzenie skrzepu przy podaniu trombiny lub klejów fibrynowych). Powikłaniem techniki iniekcyjnej jest możliwość przeniknięcia stosowanych substancji do krążenia układowego i perforacja [13].

Sklerotyzacja to leczenie obliterujące, stosowane głównie w leczeniu krwawień pochodzenia żylakowego. Jest to metoda iniekcyjna polegająca na wstrzykiwaniu środka drażniącego podśluzówkowo lub do żylaków. Wstrzykiwany preparat powoduje odczyn zakrzepowo -zarostowy w żyłach powodując zgrubienie pokrywającej je osłony tkankowej.

Podany techniką iniekcyjną do krwawiącego miejsca klej fibrynowy (substancja biologiczna), tworzy siatkę włókien fibrynowych, na której osadzają się fibroblasty, co powoduje ziarninowanie i gojenie się tkanek. Zaletą stosowania kleju jest brak właściwości toksycznych w stosunku do otaczających tkanek [14].

Endoskopowa koagulacja jest metodą często wykorzystywaną w leczeniu krwawienia niezwiązanego z żyłakami. Koagulacja naczyń i tkanek, które bezpośrednio otaczają miejsce krwawienia - to metoda koagulacji kontaktowej umożliwiającej uzyskanie efektu szybkiej hemostazy. Przy użyciu sond przeprowadzanych przez kanał roboczy endoskopu stosuje się jedną z trzech koagulacji kontaktowych:

- elektrokoagulację jednobiegunową,
- elektrokoagulację dwubiegunową/wielobiegunową,
- termokoagulację [14].

Koagulacja jednobiegunowa jest techniką koagulacji kontaktowej, w której przepływ prądu odbywa się między elektrodą czynną (na końcu cewnika) i bierną (płytką uziemiającą umieszczoną na skórze pacjenta). W miejscu zetknięcia z tkanką energia prądu zmienia się w ciepło, powodując koagulację, skurcz kolagenu i zamykanie się naczyń. Wadą tej metody jest nie precyzyjna regulacja głębokości koagulacji tkanki co grozi oparzeniem tkanki pod miejscem krwawienia, niesie to za sobą obawę o perforację ściany przewodu pokarmowego [14].

W **elektrokoagulacji dwubiegunowej/wielobiegunowej** efekt koagulacji tkanki jest wynikiem przepływu prądu między elektrodami umieszczonymi na końcówce cewnika. Zmniejszenie ryzyka głębokiego uszkodzenia tkanki decyduje o przewadze tej metody nad koagulacją jednobiegunową. **Techniki koaptywne:** MPEC (*ang. multi-polar electro-coagulation*), BICAP (*ang. bipolar circumactive probe*) i HPU (*ang. heater probe unit*), polegają na sklejeniu ścian naczynia przy zastosowaniu energii po silnym uciśnięciu końcówką sondy krwawiącego naczynia [14].

Termokoagulacja sondą cieplną HPU polega na koagulacji bez przepływu prądu przy bezpośrednim zastosowaniu ciepła, którego źródłem jest pokryty teflonem metalowy cylinder umieszczony na końcu cewnika [14].

Koagulacja bimerem argonowym (APC – *argon plasma coagulation*), to elektrokoagulacja bezkontaktowa, w której prąd wysokiej częstotliwości zostaje przeniesiony przez zjonizowany argon do koagulowanej tkanki. APC może być zastosowana przy najbardziej niekorzystnych lokalizacjach zmian krwawiących, gdzie niemożliwe jest wykorzystanie innych metod koagulacji ani hemostazy mechanicznej. Ze względu na

ograniczoną penetrację w głąb tkanki i tylko minimalne odparowywanie, zastosowanie APC wiąże się z niskim ryzykiem perforacji [14].

Kolejną techniką bezkontaktową w leczeniu krwawień z przewodu pokarmowego jest zastosowanie **energii laserowej**. Wykorzystuje się dwie główne odmiany laserów: laser argonowy i neodymowo-yagowy. Laser argonowy jest bezpieczniejszy w stosowaniu, ponieważ nie przenika do głębszych tkanek i nie powoduje uszkodzeń. Laser neodymowy ma częstsze zastosowanie w tamowaniu intensywnych krwawień pochodzących z tętnicy, gdyż w tym przypadku do uzyskania hemostazy potrzebny jest laser o głębokiej penetracji. Jego światło nie jest pochłaniane przez hemoglobinę i obecność wynaczynionej krwi w świetle narządu nie wpływa na skuteczność leczenia. Powikłania po leczeniu krwawień z zastosowaniem **fotokoagulacji** laserowej stanowią zaledwie 1-2% [14].

W endoskopowym tamowaniu krwawień z przewodu pokarmowego stosuje się mechaniczne techniki umożliwiające zaciśnięcie krwawiącego naczynia:

- zakładanie klipsów hemostatycznych;
- zakładanie opasek gumowych;
- zakładanie pętli z tworzywa sztucznego [11].

Klipsy hemostatyczne mają zastosowanie w zaopatrzeniu większości zmian krwawiących (zwłaszcza krwawień tętniących i widocznych niekrwawiących naczyń). Optymalną metodą klipsowania jest bezpośrednie zaciśnięcie klipsem hemostatycznym krwawiącego naczynia. Zakładanie metalowych hemoklipsów jest bezpieczną i skuteczną metodą leczenia krwawienia z przewodu pokarmowego niezwiązanego z żylakami. Klipsy zakładane na krwawiące naczynie powodują hemostazę mechaniczną. Możliwość zakładania klipsów w pewnej odległości od krwawiącego/widocznego naczynia, pozwala na uchwycenie klipsem także tkanki otaczającej naczynia. Techniczne trudności w założeniu klipsów występują w przypadku lokalizacji zmian krwawiących na tylnej ścianie opuszki dwunastnicy czy tylnej ścianie i krzywiźnie mniejszej trzonu żołądka. Zaletą tej metody jest pewne i trwałe zatrzymanie krwawienia, brak uszkodzenia okolicznych tkanek, istotne jest jednak dobre uwidocznienie krwawiącego naczynia [15].

Opaskowanie (ang. endoscopic varices ligation - EVL), stosuje się głównie w endoskopowym leczeniu żylaków przełyku. Do tego celu wykorzystuje się gumowe opaski, które są zakładane na podstawę żylaka, co powoduje jego zakrzepicę i zamknięcie światła. Technika opaskowania polega na umieszczeniu endoskopu nad żylakiem, który zostaje wessany do światła cylindra, wówczas na wciągnięty żylak zostaje zsunięta gumowa podwiązka. Mechaniczne zaciśnięcie indukuje powstanie zakrzepicy w żylaku i zamknięcie

jego światła. Metoda ta bywa bardziej skuteczna niż skleroterapia. Metodą opaskowania tamuje się krwawienia z żyłaków przełyku, w przypadku krwawień pochodzenia nie żyłkowego opaskowanie ma zastosowanie jedynie do niewielkich zmian w obszarze niezmienionej błony śluzowej [14].

Zakładanie pętli z tworzywa sztucznego stosuje się głównie do tamowania krwawień z żyłaków przełyku. Efekt hemostazy uzyskuje się poprzez zaciśnięcie pętli na żyłaku, co powoduje włóknienie warstwy błony śluzowej i podśluzowej. Technika zakładania pętli jest bardzo podobna do opaskowania. Na fragment naczynia żylnego po wcześniejszym zassaniu do cylindra, zaciska się pętlę, którą następnie odzepia się od prowadnicy mocującej. Skuteczność tej metody w zatrzymywaniu aktywnego krwawienia z żyłaków przełyku jest nieco wyższa od metody iniekcyjnej [14].

Leczenie endoskopowe krwawienia polega często na połączeniu kilku technik endoskopowych jednocześnie - metody iniekcyjnej z koagulacją cieplną lub założeniem klipsów. Dostępne w literaturze wyniki badań potwierdzają, że tamowanie krwawienia z połączeniem dwóch metod jest skuteczniejsze, niż w przypadku zastosowania tylko jednej metody endoskopowej [15].

Spośród nowych metod coraz częściej wykorzystuje się różne substancje o działaniu homeostatycznym, np. hemospray. Metoda ta pozwala na bezkontaktowe zastosowanie proszku o właściwościach hemostatycznych, który naniesiony na krwawiące naczynie powoduje jego obkurczenie i prowadzi do zatamowania krwawienia.

Leczenie farmakologiczne krwawienia z przewodu pokarmowego

Ostre krwawienia z GOPP pochodzenia nie żyłkowego wymagają hospitalizacji sześciokrotnie częściej niż krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego i częściej są przyczyną zgonów, zwłaszcza u osób starszych oraz pacjentów z wysokim wskaźnikiem wielochorobowości [3]. Leczenia ostrego epizodu krwawienia z objawami niestabilności hemodynamicznej lub obniżeniem stężenia hemoglobiny o co najmniej 2 g/dl w ciągu 24 godzin, powinno być prowadzone w specjalistycznych ośrodkach dysponujących odpowiednim sprzętem i obejmować wyrównanie zaburzeń hemodynamicznych, a także zapobieganie nawrotowi krwawienia, czyli ponownemu wystąpieniu objawów klinicznych [16]. Wskaźnikami należytego wyrównania utraty płynów są;

- diureza większa lub równa 30 ml/godz.;
- OCŻ większe lub równe 5cm H₂O [16].

Krwawienie do światła przewodu pokarmowego

W celu uzyskania prawidłowego wypełnienia łożyska naczyniowego stosuje się zazwyczaj 1000-2000 ml roztworu soli fizjologicznej lub płynu wieloelektrolitowego. W przypadku niewyrównania zaburzeń hemodynamicznych po przetoczeniu 2000 ml roztworów krystaloidów zaleca się przetoczenia płynów krwiozastępczych lub krwi. Wskazaniem do pilnego przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) jest stężenie hemoglobiny poniżej 7 g/dl. [16].

Istotnym wskazaniem do transfuzji jest tachykardia przekraczająca 120 uderzeń/min i/lub tachypnoe przekraczające 30 oddechów/min, które mogą świadczyć o utracie krwi powyżej 1500 ml, tj. ok. 30% całkowitej objętości krwi. W tych przypadkach zaleca się wyrównanie wartości hemoglobiny do granicy 9–11 g/dl. Transfuzję KKCz przy wartości hemoglobiny do 9 g/dl należy wykonać u chorych starszych oraz u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i niewydolnością serca. Postępowanie takie obniża śmiertelność, częstość nawrotów krwawienia oraz konieczność leczenia operacyjnego, skraca ponadto czas hospitalizacji [16].

U wszystkich chorych z objawami krwawienia o dużym nasileniu, obecnością zaburzeń hemodynamicznych lub spadkiem hemoglobiny oraz obecnością innych niekorzystnych czynników prognostycznych, którzy oczekują na endoskopię w trybie pilnym zaleca się wczesne zastosowanie IPP w jednorazowym wstrzyknięciu dożylnym, w dawce 80mg. Parenteralne podanie dużej dawki inhibitor pompy protonowej prowadzi do zmniejszenia odsetka chorych aktywnie krwawiących podczas endoskopii i zmniejsza konieczności stosowania endoskopowych zabiegów hemostatycznych a także zmniejsza odsetek nawrotów krwawienia [17].

Ważnym elementem leczenia krwawień z przewodu pokarmowego jest farmakoterapia. W krwawieniu z GOPP stosuje się leki hamujące wydzielanie kwasu w żołądku powodując stabilizację skrzepów i poprawę rokowania, ponieważ kwas solny hamuje agregację płytek i ułatwia lizę skrzepu poprzez aktywację pepsyny. Dwie podstawowe grupy stosowanych leków to: antagoniści receptora H₂ i inhibitory pompy protonowej [17].

Krwawienie wrzodowe może być spowodowane przyjmowaniem przez pacjenta NLPZ, leków przeciwplatek i / lub antykoagulantów. Głównymi lekami zalecanymi do zapobiegania krwawieniom i w gojeniu owrzodzeń w GOPP powstałych pod wpływem NLPZ i/ lub ASA są IPP [17]. Leki te zmniejszają możliwość uszkodzenia błony śluzowej spowodowanego przez NLPZ i są skuteczne we wtórnej prewencji powikłań wrzodowych związanych z przyjmowaniem ASA lub Kłopidogrelu [17].

Krwawienie do światła przewodu pokarmowego

W leczeniu krwawień z żyłaków przełyku farmakoterapia ma szerokie zastosowanie. Żyłaki są przyczyną 3-10% wszystkich krwawień z GOPP i obarczone są około 50% śmiertelnością, dlatego farmakoterapia połączona z leczeniem zabiegowym ma decydujący wpływ na zmniejszenie występowania powikłań i nawrotów krwawienia. Czynne krwawienie jest przede wszystkim wskazaniem do leczenia endoskopowego - sklerotyzacji lub założenia opasek gumowych celem jego zatamowania [12].

Celem stosowania leczenia farmakologicznego jest:

- zmniejszenie napływu krwi do żyły wrotnej;
- obniżenie oporów sinusoidów w wątrobie;
- redukcję ciśnienia w żyły wrotnej [12].

Zastosowanie parenteralnie wazopresyny lub wazopresyny z nitrogliceryną, obniża napływ krwi do żyły wrotnej i zmniejsza opór w sinusoidach wątrobowych. Obecnie najczęściej stosowanym lekiem w celu obniżenia ciśnienia w żyły wrotnej jest analog wazopresyny (terlipresyna - Remestyp). Leki te zmniejszają przepływ przez tętnice trzewne, w efekcie ograniczając napływ krwi do żyły wrotnej. Badania kliniczne wykazują dużą skuteczność somatostatyny i oktreotydu, jest ona zbliżona do efektów terapii endoskopowej (sklerotyzacji). Połączenie obu tych metod daje jeszcze większą skuteczność leczenia. Po zastosowaniu technik hemostazy endoskopowej w krwawieniu z żyłaków przełyku, przewlekłe stosowanie nieselektywnych beta-blokerów, w skojarzeniu z nitratami, zmniejsza ryzyko ponownego krwawienia [13, 14].

PODSUMOWANIE

Każde masywne krwawienie może powodować objawy związane z utratą dużej objętości krwi, takie jak zasłabnięcie, spadek ciśnienia tętniczego czy ból w klatce piersiowej. Masywne krwotoki należy traktować zawsze jako stan bezpośredniego zagrożenia życia, gdyż w przypadku bardzo dużej utraty krwi, w krótkim czasie może dojść nawet do nagłego zatrzymania krążenia. Jednak zwykle po wdrożeniu odpowiedniego leczenia udaje się zatrzymać krwawienie z przewodu pokarmowego.

PIŚMIENNICTWO

1. Durko Ł., Małecka-Panas E.: Krwawienia z przewodu pokarmowego. *Pediatrica Medycyny Rodzinnej* 2011, 7: 17-29.

4. Kurek K., Baniukiewicz A.: Wskaźniki jakości w endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego - wytyczne grupy roboczej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii. *Gastroenterologia Praktyczna* 2014, 3: 30–48.
5. Kurek K., Dąbrowski A.: Farmakoterapia krwawienia pochodzenia nieżyłakowego z górnego odcinka przewodu pokarmowego. *Pediatrica Medycyny Rodzinnej* 2013, 9: 15-24.
6. Gralnek I. M.: Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2015: 47- 46.
7. Głowacki S., Komoń H., Kicki K., Ziękiewicz P., Gomuła H., Zinkiewicz K.: Ocena skuteczności leczenia pacjentów z objawami krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego hospitalizowanych na Oddziale Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Siedlcach. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2009, 4: 316-320.
8. Szczeklik A. (red.): *Choroby wewnętrzne. Medycyna Praktyczna*, Kraków 2020.
9. Frączek M., Szczerbań J.: Krwawienie do przewodu pokarmowego. [w:] *Podstawy chirurgii. Podręcznik dla lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej*. Szmidt J., (red.). *Medycyna Praktyczna* Kraków 2010, 614-620, 787-788, 923-926.
10. Laine L.: Krwawienie z przewodu pokarmowego. [w:] *Gastroenterologia i hepatologia*. Longo D. L., Fauci A. S. (red.). Czelej, Lublin 2012, 72-79.
11. Sierżęga M.: Postępowanie w krwawieniach do jelita cienkiego. Omówienie wytycznych American College of Gastroenterology 2015. *Medycyna Praktyczna* 2016, 12: 65–73.
12. Wosiewicz P., Nowakowska-Duława E.: Endoskopia przewodu pokarmowego u chorych leczonych lekami przeciw płytkowymi i przeciwkrzepliwymi - przegląd zaleceń i rekomendacji. *Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Gastroenterologia Kliniczna* 2015, 4: 103-116.
13. Marek T., Baniukiewicz A., Wallner G., Rydzewska G., Dąbrowski A.: Wytyczne postępowania w krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego pochodzenia nieżyłakowego. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2008, 3: 1-22.
14. Dąbrowski A. (red.): *Wielka interna – gastroenterologia*. Medical Tribune Polska, Warszawa 2019.

Krwawienie do światła przewodu pokarmowego

15. Ładny R. J.: Masywne krwawienie z żyłaków przełyku jako problem diagnostyczno-leczniczy. Standardy postępowania w szpitalnym oddziale ratunkowym. Postępy Nauk Medycznych 2009, 6: 469-473.
16. Baniukiewicz A., Lichwierowicz A., Maluchnik M., Wasilewicz M., Woynarowski M.: Ostre krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego o etiologii nieżyłkowej - epidemiologia, etiologia i wyniki leczenia w Polsce w 2014 roku. Gastroenterologia Kliniczna 2018, 2: 39-51.
17. Wierzchowski P.: Urgent endoscopy in elderly patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Videosurgery Miniinv 2012, 7 (4): 246-250.

Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie wypalenia zawodowego u pielęgniarek

Anna Drewnowska¹, Beata Kowalewska²

1. Absolwentka studiów II stopnia, kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

W aktualnych czasach kariera zawodowa stanowi nieodłączny oraz niezwykle istotny element życia człowieka. Dzięki niej jesteśmy w stanie zrealizować nasze potrzeby materialne i mentalne oraz zapewnić sobie dobrobyt. Pozwala nam również na stworzenie pozytywnych więzów społecznych, a także daje perspektywę szeroko rozumianej poprawy kwalifikacji zawodowych. Jednakże pomimo szeregu korzyści, istniejące mankamenty takie jak zmianowy tryb pracy, specyfika pracy, obciążenie fizyczne oraz psychiczne, a także sposób zarządzania mogą być męczące dla pracownika. Nieustannie kształtujące się przemiany cywilizacyjne, a także zwiększające się wymagania pacjentów i ich rodzin wobec personelu pielęgniarskiego powodują, że uszczerbki na zdrowiu psychicznym jakie są ponoszone przez pielęgniarki i pielęgniarzy w trakcie ich pracy zawodowej są coraz poważniejsze. Codziennie okazywanie pacjentom i ich najbliższym wsparcia, współczucia, nieustanne czuwanie przy chorym, którego choroba pozbawiła wszelkiej nadziei, presja psychiczna, duże obciążenie pracą, coraz większe wymagania, trudne kontakty interpersonalne, zaburzenia rytmu snu i czuwania niejednokrotnie prowadzą do wystąpienia zjawiska znanego jako wypalenie zawodowe [1,2].

Na przestrzeni ostatnich lat problem wypalenia zawodowego zaczął dotyczyć coraz większej części populacji pracujących. Jest to aktualnie jeden z ważniejszych problemów społecznych i indywidualnych. Według Schaufeli i Enzmann [3], można porównać ten syndrom do nadmiernego wytracania energii przez akumulator, który jest słabo ładowany, a do tego eksploatowany w złych warunkach, na skutek czego psuje się [4]. Jeszcze inni porównują metaforycznie do powolnie wypalającej się świecy. Naukowcy odpowiedzialni za analizę zjawiska wypalenia zawodowego również nie wskazują jednoznacznej definicji tego zjawiska. Zgodnie z klasyfikacją ICD-11, opracowaną w 2022 roku, zostało ono opisane jako syndrom wynikający z przewlekłego oraz źle zarządzającego stresu w miejscu pracy, którego charakterystyką jest wyczerpanie emocjonalne, zwiększony dystans do wykonywanej pracy lub

Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie wypalenia zawodowego u pielęgniarek

odczuwanie negatywnych emocji lub cynizmu w stosunku do wykonywanych obowiązków, a także zmniejszona efektywność pracy [5].

Pierwsze wzmianki w literaturze dotyczące wypalenia zawodowego sięgają ubiegłego wieku. Psychiatra Herbert Freudenberger jako pierwszy w 1974 roku opisał to zjawisko na podstawie obserwacji prowadzonej na grupie wolontariuszy. Podejmowali się oni pracy na rzecz pomocy młodocianym narkomanom. Na przestrzeni dwunastu miesięcy ich pracy Freudenberger zauważył znaczącą regresję zaangażowania w podjęty wolontariat, spadek energii oraz motywacji do dalszego działania. Co istotne u wolontariuszy zaobserwowano także wystąpienie szeregu objawów psychosomatycznych [6].

W tym samym czasie, psycholog społeczny Christina Maslach z Uniwersytetu Berkeley w Kalifornii wraz z zespołem badawczym, przeprowadziła gruntowne badania na grupie ludzi pracujących w zawodach charakteryzujących się wysokim natężeniem stresu. Jej celem było określenie jak pracownicy radzą sobie z trudnymi doświadczeniami, którym muszą stawiać czoła w miejscu pracy. Po zakończeniu badań rozpoznano następujące problemy: przejaw kryzysu zawodowych kompetencji na skutek emocjonalnych napięć, zanik uczuciowości, wyczerpanie emocjonalne, negatywna zmiana sposobu postrzegania oraz niepokojący wzrost niestosownych zachowań wobec podopiecznych. Omawiając wyniki prowadzonego eksperymentu wyłoniono termin, który holistycznie opisywał występujące zjawisko, które nazwano “wypaleniem zawodowym” (OBS, ang. *Occupational Burnout Syndrome*) [6].

Christina Maslach, jako pionierka, opracowała trójwymiarową koncepcję opisującą syndrom wypalenia zawodowego. Uwzględniała ona wyczerpanie emocjonalne, obniżenie zadowolenia z odnoszonych sukcesów zawodowych oraz depersonalizację [7].

Emocjonalne wyczerpanie (EE, ang. *emotional exhaustion*) spowodowane jest w skutek nadmiernego przeforsowania organizmu, a także poprzez wyczerpanie zasobów emocjonalnych. Zjawisko wyczerpania emocjonalnego ukazuje się poprzez poczucie ogólnego zmęczenia, zaniku energii, zaangażowania, impulsywnych zachowań i wysokiego stopnia ryzyka drażliwości [8].

Obniżone poczucie dokonań osobistych (PA, ang. *reduced personal accomplishment*) uzewnętrzniane jest poprzez wyraźnie zauważalny spadek poczucia osobistych kompetencji i jakości wykonywanych zadań. Niedostateczne zadowolenie z wykonywania własnej pracy w znaczącym stopniu koreluje ze stresem i precyzją podczas próby poradzenia sobie z powierzonymi zadaniami [9].

**Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie
wypalenia zawodowego u pielęgniarek**

Depersonalizacja (DEP, ang. *depersonalization*) jest to stan cechujący się obojętnością wobec drugiego człowieka, a w szczególności odbiorców świadczonych usług. Zjawisko to jest rezultatem zdystansowania, powierzchownym traktowaniem oraz ograniczeniem kontaktów środowiskowych wyłącznie do kwestii formalnych. Odczłowieczenie to może być postrzegane jako forma samoobrony, dzięki której pracownik osiąga separację emocjonalną chroniącą go od kontaktów z innymi ludźmi [10]

Syndrom wypalenia zawodowego jest zjawiskiem interesującym wielu naukowców, a także osoby aktywne zawodowe, które poprzez ciągłą obecność stresogennych sytuacji w miejscu pracy pragną zagłębić się w temat w celu rozpoznania objawów wypalenia i przeciwdziałania jego niepożądanym skutkom. Niezwykle istotne jest wczesne zaobserwowanie objawów mogących świadczyć o wypaleniu, biorąc pod uwagę, że na wczesnych etapach jego rozwoju, często mogą one być podobne do syndromów innych chorób [11].

Christina Maslach, na podstawie przeprowadzonych badań, podzieliła objawy podawane przez osoby badane na następujące wymiary:

- **Wymiar I-** symptomy alarmowe- napięcie emocjonalne, uczucie niepokoju, dolegliwości bólowe w obrębie głowy, nieprzerwane objawy przeziębienia oraz bezsenność.
- **Wymiar II-** automatyczne wykonywanie czynności i obowiązków w miejscu pracy, cynizm w stosunku do współpracowników i podopiecznych, wybuchy złości.
- **Wymiar III-** szereg objawów psychosomatycznych takich jak: wzrost ciśnienia tętniczego, owrzodzenia dwunastnicy, żołądka. Dodatkowo obserwuje się występowanie epizodów depresyjnych oraz problemy w życiu prywatnym- kryzysy małżeńskie, rodzinne [12].

Wielu autorów prac naukowych na temat syndromu wypalenia zawodowego, w swoich badaniach potwierdza podział przedstawiony powyżej. Zaznaczają oni również, że możliwe jest zaobserwowanie takich objawów jak:

- Wyczerpanie fizyczne, przyczyniające się do utraty apetytu oraz w konsekwencji spadku masy ciała
- Trudność, a nawet niezdolność do podejmowania własnych decyzji
- Trudności w podjęciu pracy i realizacji nowych zadań
- Obwinianie swojej osoby za wszystkie niepowodzenia i kryzysy spotkane na drodze realizacji założonych celów lub wręcz przeciwnie- obwinianie wszystkich osób z własne otoczenia z wyjątkiem własnej osoby [13].

Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie wypalenia zawodowego u pielęgniarek

Analizując przedstawione powyżej symptomy, można zaobserwować powiązanie ich z wieloma innymi problemami zdrowotnymi takimi jak nerwica, depresja czy zaburzenia somatyczne. W konsekwencji obecność pojedynczych objawów znacznie utrudnia postawienie jednoznacznej diagnozy świadczącej o zmaganiu się z syndromem wypalenia zawodowego. Ponadto, warto zaznaczyć, iż osoby aktywne zawodowo niejednokrotnie lekceważą wymienione objawy we wczesnych fazach procesu wypalenia, usprawiedliwiając ich pojawienie się powszechnym zmęczeniem organizmu, przepracowaniem lub potocznie mówiąc „*gorszym dniem*” [14].

Przyczyny i czynniki ryzyka wypalenia zawodowego nie są jednoznaczne. Jak wiadomo problem ten jest odpowiedzią organizmu na przewlekłe obecny stres związany z wykonywaną pracą zawodową. Nie można również wyznaczyć konkretnej grupy społecznej, u której ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego jest najwyższe lub najniższe. Podlega to indywidualnej ocenie jednostki. Może ono dotknąć osoby w każdym wieku, niezależnie od stażu pracy, a jego początkowe fazy pojawiają się już wśród osób będących studentami na kierunkach medycznych [15]. Co ciekawe, badania prowadzone przez Amerykańskich naukowców takich jak Ishak Waguih, Rose Nikraves [16] oraz Alyssa Cook [17] wraz z członkami zespołów badawczych, na przełomie lat 2013-2014 pokazały, że syndromy wypalenia zawodowego dotknęły aż połowę studentów medycyny. Utrzymujące się po skończeniu studiów wypalenie sił demotywuje młodych medyków do wkroczenia na szlak kariery i podjęcia pracy zawodowej. Aronson [18], psycholog oraz autor wielu podręczników z dziedziny psychologii społecznej, wyróżnił następujące przyczyny wypalenia zawodowego:

- zaburzone poczucie własnej wartości
- niska samoocena
- przepracowanie
- przemęczenie
- niechęć do ludzi, złość, apatia
- wyczerpanie
- uwarunkowania środowiskowe- hałas negatywnie rzutujący na zmysł słuchu, który prowadzi do spadku wydajności i jakości wykonywania pracy oraz utrudnia komunikację werbalną,
- skłonności do nadmiernej rywalizacji,
- przedmiotowe traktowanie innych,
- bezkarność
- niskie wynagrodzenie [18].

Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie wypalenia zawodowego u pielęgniarek

Wymienione powyżej czynniki ryzyka, ze względu na różne źródła, podzielić można na trzy płaszczyzny. Pierwsza z nich zwana jest strefą indywidualną, na którą składają się cechy osobowości jednostki, temperament, cechy biologiczne- w szczególności cechy wiążące się z funkcjonowaniem układu nerwowego. Są to cechy stanowiące podłoże neurobiologiczne, które określają prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń stresowych, w tym również wypalenia zawodowego. Czynniki osobowościowe takie jak stopień zaangażowania w wykonywane zadania, zdolność do podejmowania ryzyka i wyzwań oraz skłonności do nadmiernego zaangażowania w pracę, zdecydowanie zwiększają ryzyko wystąpienia syndromu wypalenia. Druga grupa czynników ryzyka wiąże się ze sferą kontaktów międzyludzkich. Zaliczamy do niej stosunki ze współpracownikami i/lub osobami z zewnątrz środowiska pracy, którzy korzystając ze świadczonych usług. W tej sferze szczególną uwagę przykuwa się na pojawiające się konflikty interpersonalne, mobbing, nękanie, agresję werbalną oraz poczucie zaniżania własnej wartości pracownika. Warto zaznaczyć, iż występujący mobbing w miejscu pracy wpływa negatywnie nie tylko na pracownika ale również na całą organizację pracy co może spowodować znaczne zaburzenia emocjonalne u jednostki, pogorszenie stanu zdrowia zarówno psychicznego jak i fizycznego. Trzecią płaszczyzną jest obszar występowania źródeł stresu zawodowego. Zaliczamy do niej wszelkiego rodzaju nieprawidłowości lub błędy w organizacji pracy, które przyczyniają się do codziennego stresu obciążającego układ nerwowy. Źródłem doświadczanego stresu może być środowisko fizyczne (nieprawidłowa temperatura, hałas, zła lub całkowity brak ergonomii pracy) jak i system wykonywanych zadań [19]. Ponadto występujący stres wiąże się z czynnikami pojawiającym się poprzez pośpiech, monotonię, a także ze strachem pracownika jako członka personelu, bojącego się wyrazić własne zdanie w sprawach istotnych dla miejsca pracy. Obecnie najpoważniejszym źródłem stresu są niewielkie lub całkowity brak perspektyw zawodowych oraz poczucie zagrożenia utratą pracy. Nieistniejące możliwości awansu, podnoszenia własnych kompetencji i kwalifikacji zawodowych jest ważnym czynnikiem stresu obciążającego jednostkę w miejscu pracy [20].

CEL PRACY

Głównym celem pracy była analiza zjawiska wypalenia zawodowego oraz jego aspektów psychospołecznych i osobowościowych w środowisku pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych.

Cele szczegółowe pracy:

1. Ocena występowania wyczerpania emocjonalnego wśród badanych.

Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie wypalenia zawodowego u pielęgniarek

2. Ocena doświadczenia przez pielęgniarki/ pielęgniarzy zjawiska depersonalizacji.
3. Analiza poczucia braku osobistych osiągnięć wśród badanych respondentów.

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w terminie od grudnia 2022 roku do lutego 2023 roku za pomocą ankiety umieszczonej w mediach społecznościowych. W badaniu wzięło udział 150 osób, pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w oddziałach onkologicznych, w tym 120 kobiet oraz 30 mężczyzn.

W celu realizacji badań zastosowano ankietę własnego autorstwa wzbogaconą o opracowany do warunków polskich przez Pasikowskiego Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach (ang. *Maslach Burnout Inventory*, MBI) [11]. Kwestionariusz MBI zawiera 22 pozycje testowe, dzięki którym możliwa jest ocena częstotliwości występowania u badanych następujących emocji:

- Wyczerpania emocjonalnego- EE (ang. *emotional exhaustion*) - 9 pytań (pytania 1-9)
- Depersonalizacji- DEP (ang. *depersonalization*)- 5 pytań (10-14)
- Obniżonego poczucia dokonań osobistych- PA (ang. *personal accomplishment*)- 8 pytań (15-22)

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (APK.002.144.2023)

Celem przedstawienia występowania ryzyka wypalenia zjawiska wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach onkologicznych, zebrane dane poddano analizie statystycznej przy użyciu programu Microsoft Excel i przedstawiono w formie opisowej i graficznej.

WYNIKI

Badaniem zostało objętych 150 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach onkologicznych. Wśród przebadanego personelu medycznego aż 80% stanowiły kobiety, mężczyźni zaś 20%.

W przebadanej grupie 150 osób, największą część stanowiły osoby w przedziale wiekowym 31-40 lat (32%) oraz w wieku 25-30 lat (23%). Najmniejszy odsetek stanowiły osoby w wieku pomiędzy 41-50 (17%) oraz pracownicy powyżej 51 roku życia (7%). Poniżej 25 lat miało 21% respondentów.

Zdecydowana większość badanych wskazała swoje miejsce zamieszkania jako miasto (81%). Znacznie rzadziej została wybrana przez ankietowanych odpowiedź wieś (19%).

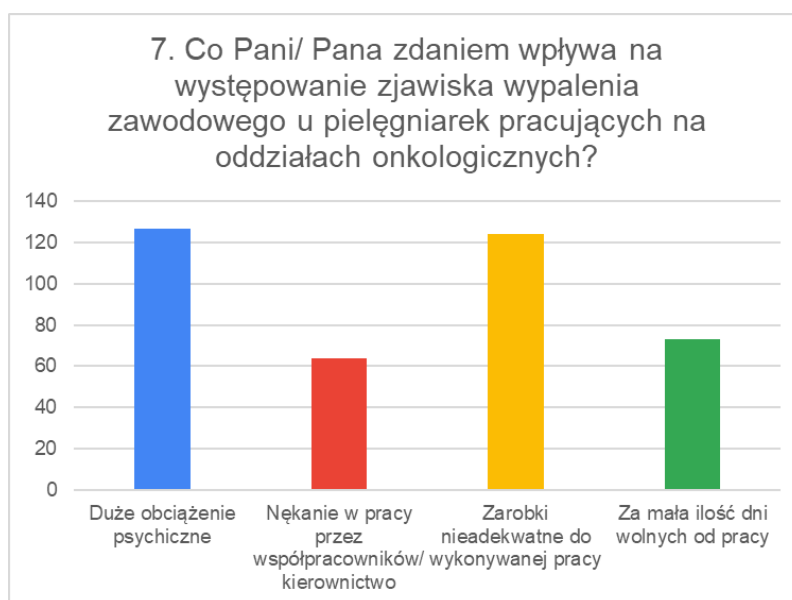
Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie wypalenia zawodowego u pielęgniarek

Zdecydowanie największą grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym magisterskim, aż 48%. Osoby z wyższym wykształceniem medycznym licencyjnym stanowiły 37%. Najmniejszy odsetek dotyczył respondentów posiadających średnie wykształcenie medyczne- 15%.

Spośród badanej grupy pracowników medycznych najliczniejszą grupę stanowiły osoby posiadające staż pracy w przedziale 1-10 lat, co stanowiło 49%. Pracownicy posiadający staż w przedziale 11-20 lat stanowili 31%. Trzecią co do wielkości grupę stanowiły osoby z doświadczeniem 21- 30 lat (15%). Jedynie 5% ankietowanych zadeklarowało swój staż zawodowy powyżej 31 lat.

Według przeprowadzonego badania prawie połowa ankietowanych osób była w związku małżeńskim (44%). Drugi co do wielkości wynik stanowiły osoby stanu wolnego (27%). Osoby rozwiedzione stanowiły 15%. Najmniej w grupie respondentów było osób samotnych: osoby o statusie wdowy/ wdowca- 9%, zaś samotni rodzice jedyne 5%.

Odpowiedź na pytanie, co według personelu pielęgniarskiego ma największy wpływ na występowanie zjawiska wypalenia zawodowego znajdziemy na Rycinie 1. Zdecydowaną przewagą charakteryzują się odpowiedzi o dużym obciążeniu psychicznym oraz o nieadekwatnym wynagrodzeniu względem wykonywanej pracy.



Rycina 1. Struktura przyczyn wypalenia zawodowego

Troska o pacjenta jest nieodłącznym elementem praktyki pielęgniarskiej. Aż 56% ankietowanych na pytanie “czy po pracy martwi się Pan/Pani o swoich pacjentów?” zaznaczyło odpowiedź “często”, a 19% zaznaczyło odpowiedź “tak”. Jedynie 15% osób biorących udział

Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie wypalenia zawodowego u pielęgniarek

w ankiecie bardzo rzadko przejawia troskę o pacjenta,. Osoby nie troszczące się poza pracą o swoich podopiecznych stanowiły 10%.

W badanej grupie personelu pielęgniarskiego zdecydowana większość uczestników przeznaczają na sen 5-8 godzin w ciągu doby (65%). Odpowiedzią z drugim najwyższym wynikiem (31%) była odpowiedź poniżej 5 godzin w ciągu doby. Niepokojący jest fakt iż jedynie 4% badanych poświęca na sen między 8- 10 godzin. Nikt spośród ankietowanych nie zadeklarował snu powyżej 10 godzin w ciągu doby.

Na pytanie “Czy po pracy rozwija Pan/Pani swoje zainteresowania?”, ponad połowa ankietowanych (52%) twierdzi, iż sporadycznie oddaje się swoim pasjom w wolnym czasie. Odpowiedzi “tak, czasami” udzieliło 27%. Niestety jedynie 8% uczestników znajduje czas na regularne poświęcanie się swoim pasjom. Odpowiedź “Nie” zaznaczyła zdecydowana mniejszość, jedynie 8% badanych.

Jedną z najbardziej spornych kwestii w kręgu osób wykonujących zawód pielęgniarki/pielęgniarskiego jest wynagrodzenie za wykonywaną pracę. Aż 98% personelu pielęgniarskiego zatrudnionego na oddziałach onkologicznych uważa, że otrzymywane zarobki są nieadekwatne do powierzonych obowiązków. Jedynie 2% uczestników odczuwa satysfakcję z uzyskiwanych zarobków.

Odczucia związane z pracą zawodową personelu pielęgniarskiego

Wyczerpanie emocjonalne (EE) zostało zbadane za pomocą polskiej wersji Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego w pytaniach w przedziale 1-9. Niektóre pytania w bezpośredni sposób związane były z uczuciem wyczerpania, przepracowania, zmęczenia. Pozostałe pytania należące do przedstawionej kategorii opierały się w głównej mierze na relacji z pacjentem oraz najbliższymi z jego otoczenia, która również mogła być źródłem wymienionych powyżej odczuć i emocji. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują wyraźnie iż ponad połowa badanego personelu pielęgniarskiego (64%) potwierdziła wpływ pracy na oddziałach onkologicznych na występowanie uczucia wyczerpania. Analizując powstały na podstawie wyników diagram słupkowy można zaobserwować prawie o połowę mniejszą ilość respondentów, których problem poczucia wypalenia zawodowego nie dotyka (36%). Szczegółowe dane przedstawiono poniżej w Tabeli 1 oraz na Rycinie 2.

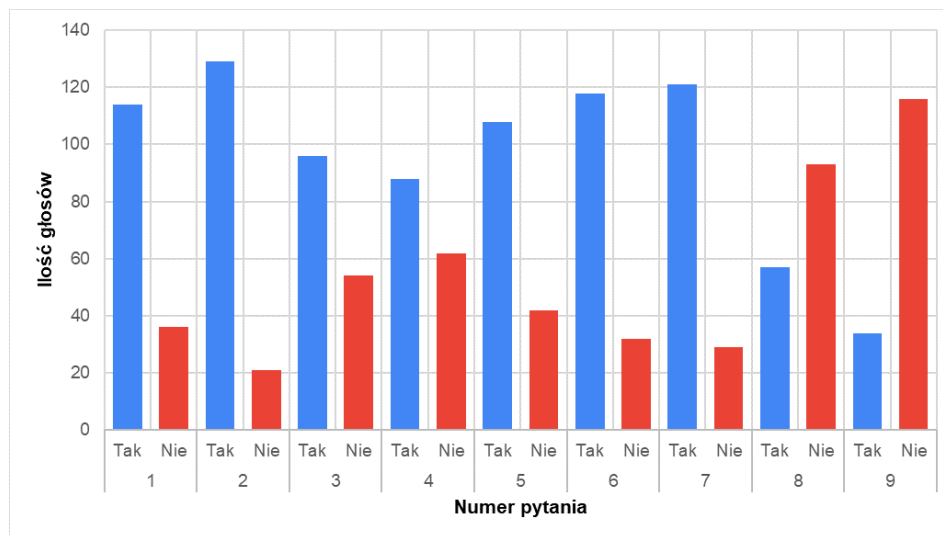
**Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie
wypalenia zawodowego u pielęgniarek**

Tabela 2. Struktura wyczerpania emocjonalnego

Odpowiedź	Ilość	Procent
Tak	865	64%
Nie	485	36%
Suma odpowiedzi dla pytań 1-9	1350	

EE= 865/9 ≈ 96

Przeliczając odpowiedzi TAK w celu uzyskania średniej arytmetycznej otrzymano wynik 96. Uzyskana wartość wskazując średnią liczbę osób, które w trakcie badania potwierdziły uczucie wyczerpania emocjonalnego w każdym pytaniu z przedstawionej powyżej kategorii. Liczba ta stanowi zdecydowaną większość głosów, biorąc pod uwagę iż w badaniu wzięło udział 150 ankietowanych. Na przedstawionej poniżej Rycinie 2 widnieje szczegółowe rozmieszczenie odpowiedzi TAK/NIE na przestrzeni umówionych pytań z zakresu 1-9.



Rycina 4. Struktura wyczerpania emocjonalnego

Zdecydowaną większość odpowiedzi stanowią głosy na TAK. Pytaniami, które wyróżniają się zwiększoną ilością odpowiedzi NIE, są ostatnie dwa pytania z analizowanego w kontekście wyczerpania zawodowego przedziału. Odpowiadając na pytanie 8 większość ankietowanych nie zgadza się ze stwierdzeniem- *Za bardzo mnie stresuje praca w*

**Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie
wypalenia zawodowego u pielęgniarek**

bezpośrednim kontakcie z ludźmi. Do wzbudzenia refleksji prowokuje także pytanie 9, w którym personel pielęgniarski pracujący na oddziałach onkologicznych zaprzeczył stwierdzeniu- *Mam wrażenie, że osiągnąłem granicę mojej mądrości.*

Kolejne pytania w ankiecie przedstawionej uczestnikom badania- od 10-14- odnoszą się do poczucia depersonalizacji (DEP), empatii oraz poczucia odpowiedzialności za uczucia pacjentów nad którymi sprawowano opiekę pielęgniarską. Przedstawione w Tabeli 2 wyniki posiadają zbliżona wartości. Niewielką ilością głosów przeważa odpowiedź “tak”, która uzyskała wynik 55%. Odpowiedź “nie” oznaczyło 45% personelu. Szczegółowe wyniki przedstawiono w Tabeli 2.

Tabela 3. Struktura depersonalizacji

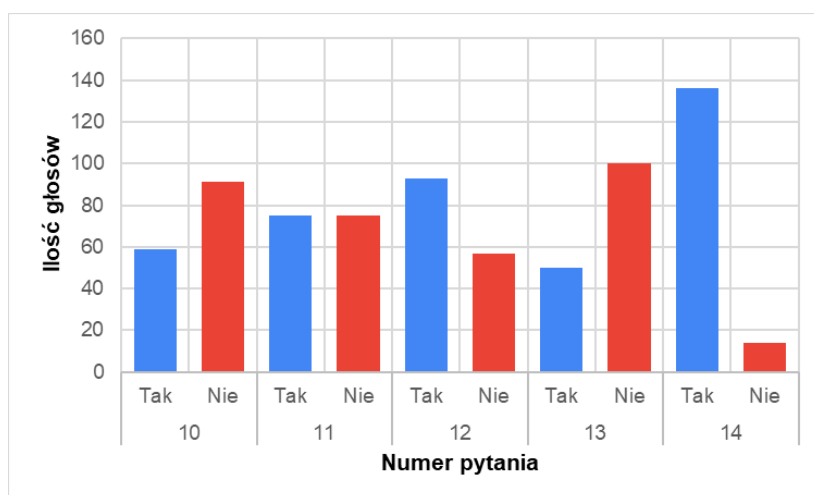
Odpowiedź	Ilość	Procent
Tak	413	55%
Nie	337	45%
Suma odpowiedzi dla pytań 10-14	750	

DEP = 413/5 ≈ 83

Przeliczając liczbę odpowiedzi “tak” na wartość średniej arytmetycznej uzyskano w przybliżeniu wartość 83 (55,3%). Liczba ta wskazuje średnią ilość członków personelu pielęgniarskiego, która potwierdziła występowanie odczucia depersonalizacji (DEP) wobec własnej osoby oraz pacjentów. 67 osób (44,7%) spośród wszystkich ankietowanych twierdziło, iż wykonywany zawód pielęgniarki nie wpłynął na stopień ich wrażliwości.

Zamieszczona poniżej Rycina 3 pozwala wyraźnie zaobserwować, jak rozkładają się odpowiedzi “tak” oraz “nie” na poszczególne pytania dotyczące kwestii depersonalizacji.

**Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie
wypalenia zawodowego u pielęgniarek**



Rycina 5. Struktura depersonalizacji

Warto zwrócić uwagę na charakterystyczny podział powyższej Ryciny 3 na dwie części. Pytanie 10 oraz 11 w sposób szczególny odnosi się do poczucia obojętności w kierunku pacjenta. Optymistycznym punktem badania jest fakt, iż większość personelu pielęgniarskiego, wybierając odpowiedź “nie”, zadeklarowało brak obojętności w stosunku do chorych. Niepokojącym wynikiem jednak jest uzyskanie zdecydowanej przewagi odpowiedzi “tak” na pytanie 14. Odnosi się ono do stwierdzenia, iż respondenci odczuwają wysoką presję ze strony pacjentów i ich rodzin, którzy sądzą, że to personel pielęgniarski jest odpowiedzialny za ich problemy.

Ostatnia grupa pytań - od 15 do 22- nawiązują do poczucia osiągnięć osobistych związanych z pracą na oddziałach onkologicznych. Rozkładające się niemalże po połowie odpowiedzi “tak” i “nie” (Tabela 3) są niepokojącym objawem. Na tle pozostałych, pytania 18, 20 oraz 22, wyróżniają się ilością odpowiedzi przeczących.

Tabela 4. Struktura poczucia osiągnięć osobistych

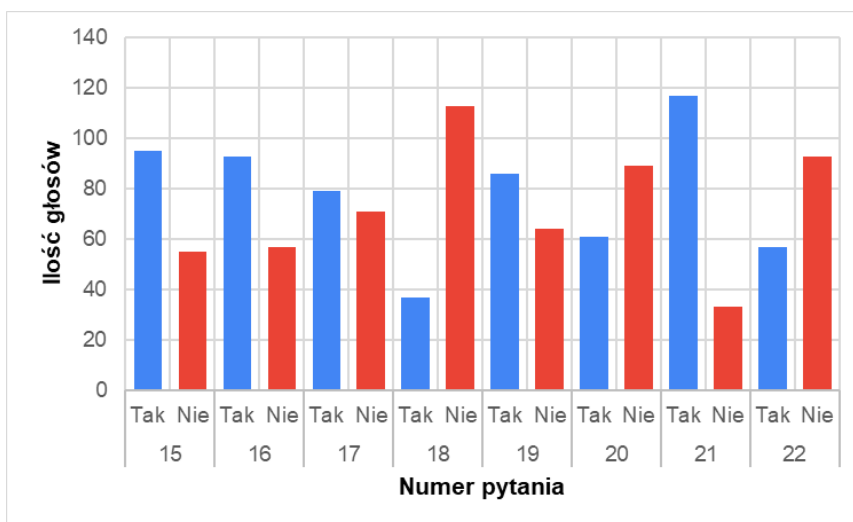
Odpowiedź	Ilość	Procent
Tak	625	52%
Nie	575	48%
Suma odpowiedzi dla pytań 15-22	1200	

PA= 625/8 ≈78

Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie wypalenia zawodowego u pielęgniarek

Przeliczając ilość odpowiedzi TAK na średnią arytmetyczną uzyskano w przybliżeniu wartość 78 (52%). Liczba ta określa średnią ilość uczestników, którzy potwierdzili obniżone poczucie osiągnięć osobistych (PA) w każdym pytaniu z opisanej kategorii.

Poniższy wykres słupkowy przedstawia rozmieszczenie odpowiedzi TAK/NIE na poszczególne pytania z zakresu 15-22 (Rycina 4).



Rycina 6. Struktura poczucia osiągnięć osobistych

W trakcie prowadzenia opisanego powyżej badania, oceniono występujące zależności pomiędzy doświadczaniem poszczególnych uczuć a syndromem wypalenia zawodowego, takich jak poczucie depersonalizacji, wyczerpanie emocjonalne, poczucie osiągnięć osobistych. Wymienione emocje zestawiono z czynnikami socjodemograficznymi, takimi jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania i stopień wykształcenia, a także z czynnikami zawodowymi takimi jak staż pracy. Szczegółowe rozmieszczenie danych przedstawiono w zamieszczonych poniżej tabelach (Tabele 4-8).

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, iż analiza statystyczna wykazała istotności statystyczną ($p > 0,05$) pomiędzy płcią, a poczuciem depersonalizacji wśród personelu pielęgniarskiego (tabela 4). Analiza danych zawartych w poniższej tabeli (tabela 4) wskazuje na następujące wnioski: w populacji kobiet biorących udział w badaniu głosy rozkładają się niemal po połowie. 50,7% badanych twierdzi, że towarzyszy im poczucie depersonalizacji, a nieznacznie mniejszy odsetek (49,3%) nie zaobserwowało u siebie objawów depersonalizacji. Niepokojącym wynikiem jest procent uczestników w grupie mężczyzn (aż 72,7% badanych), którzy zadeklarowali uczucie depersonalizacji.

**Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie
wypalenia zawodowego u pielęgniarek**

Tabela 5. Zależności między płcią a poczuciem depersonalizacji wśród personelu pielęgniarskiego

Płeć		Poczucie depersonalizacji		
		Tak	Nie	Suma
Kobiety	1. odp.	304	296	600
	%	50,7%	49,3%	100%
Mężczyźni	1. odp.	109	41	150
	%	72,7%	27,3%	100%
Ilość stopni swobody				1
Wynik testu χ^2				23,473
Istotność statystyczna				< 0,001

Wyniki uzyskane po przeprowadzeniu analizy statystycznej z użyciem danych z tabeli 5, nie wykazały zależności statystycznej ($p > 0,05$) między poczuciem depersonalizacji, a miejscem zamieszkania respondentów. W obu wariantach przeważa odpowiedź TAK. Ankietowani mieszkający w miastach w 53,8% zadeklarowali występowanie poczucia depersonalizacji. Niewiele wyższy wynik (60,7%) uzyskała odpowiedź TAK wśród badanych zamieszkujących na wsi (Tabela 5).

Tabela 6. Zależności między miejscem zamieszkania, a poczuciem depersonalizacji wśród personelu pielęgniarskiego

Miejsce zam.		Poczucie depersonalizacji		
		Tak	Nie	Suma
Miasto	1. odp.	328	282	610
	%	53,8%	46,2%	100%
Wieś	1. odp.	85	55	140
	%	60,7%	39,3%	100%
Ilość stopni swobody				1
Wynik testu χ^2				2,219
Istotność statystyczna				0,136

**Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie
wypalenia zawodowego u pielęgniarek**

Wysoki poziom $p < 0,001$ wskazuje na istotność statystyczną w przeprowadzonej analizie statystycznej pomiędzy wyczerpaniem emocjonalnym, a wiekiem osób ankietowanych (Tabela 6). Podczas prowadzenia statystyk zaobserwowano wysokie poczucie wyczerpania emocjonalnego w każdej z wyszczególnionych grup wiekowych. Najwyższy wskaźnik wyczerpania emocjonalnego występuje w przedziale wiekowych pomiędzy 41 a 50 rokiem życia (77,8%). Najniższy wynik uzyskano w grupie osób będących na początku swojej ścieżki zawodowej, których przedział wiekowy jest poniżej 25 lat (52,4%). Szczegółowo przedstawione wyniki zamieszczono w Tabeli 6.

Tabela 7. Zależności między wiekiem a wyczerpaniem emocjonalnym wśród personelu pielęgniarskiego

Wiek		Wyczerpanie emocjonalne		
		Tak	Nie	Suma
poniżej 25 lat	l. odp.	151	137	288
	%	52,4%	47,6%	100%
25- 30	l. odp.	166	140	306
	%	54,2%	45,8%	100%
31- 40	l. odp.	315	126	441
	%	71,4%	28,6%	100%
41- 50	l. odp.	175	50	225
	%	77,8%	22,2%	100%
powyżej 51	l. odp.	58	32	90
	%	64,4%	35,6%	100%
Ilość stopni swobody				4
Wynik testu χ^2				58,519
Istotność statystyczna				< 0,001

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotność statystyczną na wysokim poziomie $p < 0,001$ pomiędzy posiadanym stażem pracy, a odczuwaniem wyczerpania emocjonalnego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach onkologicznych.

**Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie
wypalenia zawodowego u pielęgniarek**

Zebrane dane przedstawione w poniższej tabeli (tabela 7), pozwalają zaobserwować wysoki wskaźnik poczucia wyczerpania emocjonalnego w każdej z wymienionych grup. Najniższy wynik uzyskano w grupie, gdzie staż pracy wynosił mniej niż 10 lat (53,4%). Najwyższy odsetek personelu pielęgniarskiego odczuwającego wyczerpanie emocjonalne znajdował się w grupie osób z stażem pracy 31 i więcej lat (aż 77,8%). Dokładne rozmieszczenie uzyskanych wyników zaprezentowano w Tabeli 7.

Tabela 8. Zależność między stażem pracy a wyczerpaniem emocjonalnym wśród personelu pielęgniarskiego

Staż pracy		Wyczerpanie emocjonalne		
		Tak	Nie	Suma
1-10	l. odp.	351	306	657
	%	53,4%	46,6%	100%
11-20	l. odp.	311	103	414
	%	75,1%	24,9%	100%
21-30	l. odp.	147	60	207
	%	71,0%	29,0%	100%
31 i więcej	l. odp.	56	16	72
	%	77,8%	22,2%	100%
Ilość stopni swobody				3
Wynik testu χ^2				64,521
Istotność statystyczna				< 0,001

Wartość $p < 0,005$ uzyskana w Tabeli 8 wykazała istotność statystyczną dla zależności występującej pomiędzy posiadaniem stopniem wykształcenia, a obniżonym poczuciem osiągnięć osobistych. Najwyższy poziom obniżonego poczucia osiągnięć osobistych zaobserwowano w grupie respondentów posiadających wykształcenie wyższe medyczne (licencjat)- 57,7%. W grupie osób o średnim wykształceniu medycznym oraz wyższym magisterskim wskaźnik ten klasyfikuje się na zbliżonym poziomie. 51, 9% personelu pielęgniarskiego o wykształceniu średnim medycznym nie odczuwa obniżonego poczucia

**Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie
wypalenia zawodowego u pielęgniarek**

osiągnięć osobistych, wśród magistrów z dziedziny pielęgniarstwa wynik ten wynosił 54% (Tabela 8).

Tabela 9. Zależności między wykształceniem a obniżonym poczuciem osiągnięć osobistych wśród personelu pielęgniarskiego

Wykształcenie		Obniżone poczucie osiągnięć osobistych		
		Tak	Nie	Suma
Średnie medyczne	1. odp.	74	80	154
	%	48,1%	51,9%	100%
Wyższe medyczne (licencjat)	1. odp.	226	166	392
	%	57,7%	42,3%	100%
Wyższe magisterskie	1. odp.	232	272	504
	%	46,0%	54,0%	100%
Ilość stopni swobody				2
Wynik testu χ^2				11,989
Istotność statystyczna				0,002

Jak wcześniej wspomniano, do przeprowadzenia badania statystycznego pod kątem występowania wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach onkologicznych wykorzystano kwestionariusz Maslach, który opiera się na 22 tezach wyznaczających zagrożenie wypalenia zawodowego. W celu interpretacji kwestionariusza wykorzystano trzypoziomą skalę zaawansowania wypalenia zawodowego:

- 0 – 6 pkt. – niskie ryzyko syndromu wypalenia zawodowego
- 7 – 14 pkt. – podwyższone ryzyko syndromu wypalenia zawodowego
- 15 – 22 pkt. – wysokie ryzyko syndromu wypalenia zawodowego.

W toku prowadzonych analiz zsumowano odpowiedzi twierdzące w przedziale pytań 1-14 oraz odpowiedzi przeczące w przedziale pytań 15-22. Wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego zwiększa się wraz ze wzrostem uzyskanych punktów. W efekcie dodania wszystkich uzyskanych od respondentów odpowiedzi spełniających powyższe kryteria, otrzymano wartość średniej arytmetycznej równą 12,35. Otrzymaną wartość można przyporządkować do poziomu drugiego, który określa podwyższone ryzyko syndromu wypalenia zawodowego (Tabela 9).

**Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie
wypalenia zawodowego u pielęgniarek**

Tabela 10. Ryzyko syndromu wypalenia zawodowego

	1-14	15-22	Suma
Tak	1278	625	1903
Nie	822	575	1397
Suma	2100	1200	3300
Średnia arytmetyczna odpowiedzi spełniających kryteria			12,35

DYSKUSJA

Zawód pielęgniarki charakteryzuje się wielozadaniowością oraz specyficznym trybem pracy i strukturą działań. Aby dobrze realizować powierzone obowiązki personel pielęgniarski niejednokrotnie musi wykazać się predyspozycjami i umiejętnościami z dziedziny medycyny, w szczególności podczas sprawowania opieki nad pacjentem w oddziale onkologicznym. Trud włożony w wykonywanie zadań oraz w zapewnienie specjalistycznych działań nieubłaganie niesie za sobą negatywne dla zdrowia i psychiki personelu konsekwencje. Problem wypalenia zawodowego dotyka grup zawodowych, które w znaczny sposób wymagają bliskiego i emocjonalnego kontaktu z drugim człowiekiem. Tyczy się to w szczególności zawodów medycznych, w tym profesji pielęgniarskiej.

Piśmiennictwo opisujące powyższe zjawisko pozwala wyróżnić szereg czynników mających wpływ na jego rozwój, a także podaje objawy jego występowania. Możemy wymienić;

- wyczerpanie emocjonalne,
- depersonalizacja spowodowana zanikiem uczuciowości,
- przejawy kryzysu zawodowego, często spowodowane brakiem satysfakcji z kariery zawodowej,
- a także zwiększoną częstość występowania niestosownych zachowań w stronę pacjentów.

Opisane przez literaturę problemy potwierdza trójwymiarowa koncepcja syndromu wypalenia zawodowego, stworzona przez Maslach. Wyszczególnia ona zwiększone poczucie wyczerpania emocjonalnego, prezentowanie postawy obojętnej w stosunku do drugiego człowieka (depersonalizacja) oraz obniżone poczucie osobistych osiągnięć [7, 21].

Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie wypalenia zawodowego u pielęgniarek

Celem poniższej pracy była ocena stopnia wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach onkologicznych. Dodatkowym aspektem badania było określenie kontekstu osobowościowego i psychospołecznego występującego syndromu wypalenia. Badaniem objęta została grupa 150 respondentów, zatrudnionych na oddziałach onkologicznych. Ankietowani byli zróżnicowani pod względem płci, wieku i posiadanego doświadczenia. Na potrzeby przeprowadzenia badań użyto kwestionariusza ankiety w formie online. Na podstawie analizy uzyskanych wyników można wysunąć wniosek, iż pielęgniarstwo jest zawodem sfeminizowanym, gdyż 80% respondentów stanowiły osoby płci żeńskiej.

Badania wykazały zależność występowania pomiędzy płcią, a poczuciem depersonalizacji wśród personelu pielęgniarskiego. Zdecydowaną przewagę odpowiedzi twierdzących, uzyskano w grupie respondentów płci męskiej, w której aż 72,7% osób zadeklarowało towarzyszące im poczucie depersonalizacji. Odpowiedzi personelu płci żeńskiej prezentowały zbliżony do siebie wynik. 50,7% odczuwa poczucie depersonalizacji, natomiast niewiele mniejszy odsetek w postaci 49,3% nie zaobserwowało u siebie depersonalizacji. Przeprowadzone w 2021 roku badania przez zespół w składzie Kanios i Bocheńską- Brant, potwierdzają uzyskany w badaniu własnym wynik [22].

Po przeprowadzonej analizie uzyskanych danych, stwierdzono zależność występowania wyczerpania emocjonalnego, a czynnikiem socjodemograficznym w postaci wieku osób ankietowanych. W każdej z wyszczególnionych grup wiekowych wskaźnik poczucia wyczerpania emocjonalnego klasyfikuje się na wysokim poziomie. Najwyższy wynik o wartości 77,8%, potwierdzający dany problem, występuje u ankietowanych w przedziale wiekowym 41-50. Najniższą otrzymaną wartość uzyskano w najmłodszej grupie personelu pielęgniarskiego, której przedział wiekowy jest poniżej 25 roku życia. Zatem wyniki badań własnych nie potwierdzają badania przeprowadzonego w 2016 r przez Wieder Huszla, Żak, Jurczak i wsp., w którym nie wykazano istotnych statystycznie wyników Skali Wypalenia Zawodowego w zależności od wieku [23].

Na podstawie analizy badań naukowych trudno jest określić jednoznacznie korelację między posiadaniem stażem pracy, a odczuwaniem wyczerpania emocjonalnego. Kanios i Bocheńska- Brant [22] wskazują, że zjawisko wypalenia zawodowego w najwyższym stopniu zauważyć wśród grupy badanych, posiadających staż pracy powyżej 15 lat. Najrzadziej natomiast występuje ono w grupie poniżej 5 lat pracy zawodowej. Natomiast badania przeprowadzone przez Grochowską [24], nie wykazują żadnych zależności między stażem pracy, a wyczerpaniem emocjonalnym wśród personelu pielęgniarskiego.

Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie wypalenia zawodowego u pielęgniarek

Wyniki własne wskazują na najwyższy stopień odczuwania wyczerpania emocjonalnego w grupie zawodowej o doświadczeniu powyżej 31 lat (aż 77,8%) oraz niewiele mniejszy procent w grupie w przedziale 11-20 lat (75,1%). Najniższy wskaźnik uzyskano w przedziale 1-10 lat (53,4%).

Podnoszenie własnych kwalifikacji zawodowych oraz stopnia wykształcenia jest istotnym elementem wykonywania zawodu pielęgniarki oraz posiadaniem stopnia wykształcenia, a obniżonym poczuciem osiągnięć osobistych. W badaniach przeprowadzonych przez Dębską, Pasek, oraz Wilczek-Rużyczka [25], wysunięto wniosek, iż nieustanne podnoszenie kwalifikacji oraz doksztalcanie powoduje obniżenie wyczerpania emocjonalnego wśród personelu pielęgniarskiego, a także wpływa na poczucie osiągnięć osobistych [25]. Również badania przeprowadzone przez Wieder Huszla [23] wraz z zespołem badawczym potwierdzają uzyskanymi wynikami, iż osoby z wykształceniem wyższym prezentują wyższe poczucie osiągnięć osobistych [23]. W badaniu własnym najbardziej obniżony poziom poczucia zawodowego zaobserwowano wśród personelu z wykształceniem na poziomie licencjatu pielęgniarstwa (57,7%). Nieznacznie odbiegają od siebie wyniki z grup osób o średnim wykształceniu medycznym oraz wyższym medycznym, gdzie większość badanych nie odczuwa obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. Uzyskano kolejno wyniki 51,9% oraz 54%. Ze względu na różnorodne wyniki analizy, badanie własne jednoznacznie nie potwierdza ani nie zaprzecza wyników powyżej przytoczonych prac badawczych.

Przeprowadzone badania własne wyraźnie wskazują na występowanie problemu wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach onkologicznych. Niewątpliwie kluczowym elementem profilaktyki obecności syndromu wypalenia jest kontynuacja prowadzenia szeregu badań w tym zakresie. Pozwala to na uzyskanie informacji, dzięki którym możliwe jest postawienie trafnych diagnoz oraz wypracowanie działań pozwalających na zahamowanie rozwoju tego zjawiska. Mankamentem prowadzonych analiz wyników jest różnorodność stosowanych skal. Aby poprawić jakość prowadzonych działań należałoby przeprowadzić je na skalę ogólnopolską za pośrednictwem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz z udziałem pielęgniarek naczelnych w jak największej ilości placówek szpitalnych oraz jednostek POZ na terenie całej Polski. Standaryzacja oraz skoordynowanie badań prowadzonych w tej tematyce pozwoliłoby na uzyskanie rzeczowych oraz bardziej szczegółowych informacji, które mogłyby przełożyć się na jakość uzyskanych wyników. Tak przeprowadzone badania, bez wątpienia przyniosłyby wiele korzyści zarówno pacjentom, poprzez poprawę świadczonych usług medycznych, jak i personelowi medycznemu oraz jego życiu rodzinnemu.

**Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie
wypalenia zawodowego u pielęgniarek**

WNIOSKI

1. Uzyskane wyniki badań własnych wykazały podwyższone ryzyko wystąpienia syndromu wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach onkologicznych.
2. Zdecydowana większość personelu pielęgniarskiego posiada wysoki wskaźnik wyczerpania emocjonalnego.
3. Wraz z wiekiem i stażem pracy personelu pielęgniarskiego rośnie ryzyko wypalenia zawodowego.
4. Istnieje znaczna potrzeba skoordynowania oraz standaryzacji prowadzonych badań w kierunku wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego na skalę ogólnopolską.

PIŚMIENNICTWO

1. Kurowska K. Zuza-Witkowska A.: Empatia a wypalenie zawodowe u pielęgniarek onkologicznych. *Nowiny Lekarskie* 2011, 80, 4: 277–282 .
2. Kraczlą M.: Wypalenie zawodowe jako efekt długotrwałego stresu. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie*, 2013, 2(2013): 69-81.
3. Gandi J. Ch., Beben W.W., Gyarazama Y.: Nurse's Roles and the Mediating Effects of Stress on Job Performance in Low and Developing Economies. *Psychology*, 2011, 2, 4: 323-330.
4. Wojciechowska K., Krzyżanowski D.: Wpływ warunków pracy na poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2011, 1, 3: 235-244.
5. Atroszko P.A., Demetrovics Z., Griffiths M.D.: Work addiction, obsessive-compulsive personality disorder, burn-out, and global burden of disease: Implications from the ICD-11. *Public Health* 2020, 17(2): 660.
6. Mańkowska B.: Wypalenie zawodowe. Dylematy wokół istoty zjawiska oraz jego pomiaru. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2018, 2(23): 430-445.
7. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P.: *Maslach Burnout Inventory: Third edition*. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources*, University of California at Berkeley, 1997: 191–218.

**Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie
wypalenia zawodowego u pielęgniarek**

8. Nitychoruk A., Paszkiewicz J., Van Damme-Ostapowicz K.: Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015, 23(3): 322-326.
9. Szadowska-Szlachetka Z., Ślusarska B., Łuczyk M., Nowicki G., Baczevska B., Łuczyk R.: Zespół wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek onkologicznych. *Sztuka Leczenia* 2017, 2: 33–42.
10. Pytka D., Doboszyńska A., Kądalska E., Sienicka A.: Wypalenie zawodowe pielęgniarek pracujących w wybranych hospicjach stacjonarnych województwa mazowieckiego. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010, 4(3): 105-110
11. Maslach C. Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej.[w:] Wypalenie zawodowe przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Sęk H.(red.). Wyd. Nauk PWN, Warszawa 2000: 1331- 1358.
12. Selewońko M., Kobus G.: Wypalenie zawodowe w środowisku medycznym. [w:] Wybrane problemy zdrowotne i zawodowe pracowników ochrony zdrowia. K. Kowalczyk, E. Krajewska-Kułak (red.), Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 2014: 323-332.
13. Biegańska-Banaś J.M., Makara-Studzińska M., Coping strategies among nurses during the COVID-19 outbreak. *Nursing Problems* 2020:28 (1): 1-11.
14. Khamisa N., Oldenburg B., Peltzer K., Ilic D.: Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 2015, 12(1): 652-666.
15. Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., Shapira, I.: Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 2006, 132(3): 327–353.
16. Ishak W., Nikraves R., Lederer S., Perry R., Ogunyemi D., Bernstein C., Burnout in medical students: a systematic review. *The Clinical Teacher* 2013: 10(4): 242-245.
17. Cook A.F., Arora V.M., Rasinski K.A., Curlin F.A., Yoon J.D. The Prevalence of Medical Student Mistreatment and Its Association with Burnout. *Academic Medicine* 2014:89 (5): 653-656.
18. Wang S., Liu Y., Wang L.: Nurse burnout: personal and environmental factors as predictors. *International Journal of Nursing Practice*, 2015, 21(1): 78-86.
19. Cañadas-De la Fuente G.A. Vargas C., San Luis C., Garcia I., Cañadas G.R., Emilia I.: Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 2015, 52(1): 240-249.

**Ocena wpływu pracy w oddziałach onkologicznych na występowanie
wypalenia zawodowego u pielęgniarek**

20. Bańkowska A.: Syndrom wypalenia zawodowego- symptomy i czynniki ryzyka. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2016, 2(60): 256-260.
21. Chirkowska-Smolak T.: Polska adaptacja kwestionariusza pomiaru wypalenia zawodowego OLBI. *Studia Economica Posnaniensia* 2018, 6, 3, 27-45.
22. Kanios, A. Bocheńska-Brandt: Occupational burnout among workers in the long-term care sector in relation to their personality traits. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 2021, 34 (4): 491-504.
23. Wieder Huszla S., Żak B., Jurczak A., Auguustyniuk K., Schneider-Matyka D., Skup M.: Wypalenie zawodowe wśród personelu pielęgniarskiego *Family Medicine&Primary Care Review* 2016, 18, 1: 63-68.
24. Grochowska A., Kubik B., Romanowska U., Lebica M., Burnout among nurses. *Medical Studies/Studia Medyczne* 2018:34 (3): 189-195.
25. Dębska G., Pasek M., Wilczek-Rużyczka E.: Obciążenia psychiczne i wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w różnych specjalnościach zawodowych. *Hygeia Public Health*, 2014, 49(1): 113-119.

Pielęgowanie pacjenta po przebytych udarze mózgu

Justyna Grygorczuk¹, Beata Kowalewska²

1. Absolwentka studiów I stopnia Kierunku Pielęgniarsztwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Udar mózgu według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest to *zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a niekiedy uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny albo prowadzą do zgonu i nie posiadają przyczyny innej niż naczyniowa.*(WHO 1980) [1]. Jednak definicję ta została zmodyfikowana w 2013 roku, dodano do niej, że *udar mózgu należy rozpoznać również w sytuacji, gdy typowe kliniczne objawy udaru trwają krócej niż 24 godziny, ale ognisko niedokrwienne udokumentowano jednoznacznie za pomocą badań neuroobrazowych.*(WHO 2013)[2].

Udar mózgu stanowi ogromny problem zdrowotny wśród całej populacji. Jest trzecią w kolejności przyczyną zgonów na świecie oraz jedną z najczęstszych przyczyn kalectwa wśród ludzi. Z oficjalnych statystyk Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że około 15 milionów osób rocznie doświadcza udaru mózgu. W wyniku udaru umiera około 5 milionów ludzi rocznie, jest to uzależnione od sprawowanej opieki nad pacjentami w różnych regionach świata[3].

W Polsce zachorowalność na udary jest większa niż w krajach Europy Zachodniej czy USA. Ogólny współczynnik zachorowalności na pierwszy w życiu udar mózgu w Polsce względem populacji europejskiej wynosi 111/ 100 tys. osób., a śmiertelność w ich wyniku wynosi 30 procent. Natomiast średni wiek zachorowania wynosi 70 lat[1].

Ze względu na proces powstawania udary dzielimy na dwa typy: udar niedokrwienno i udar krwotoczny. Udar niedokrwienno mózgu jest główną przyczyną niepełnosprawności na świecie i jedną z głównych przyczyn śmiertelności. Dochodzi do niego w wyniku zamknięcia naczynia mózgowego przez zakrzep wewnątrz naczynia, zator lub nagły spadek ciśnienia w naczyniach mózgowych (niedokrwienie o podłożu hemodynamicznym)[1].

Na świecie żyje ponad 55 milionów ludzi po udarze niedokrwiennym. Ten rodzaj udaru stanowi około 80–88 procent wszystkich udarów. Ciężkość udaru niedokrwiennego waha się od klinicznie łagodnego lub przemijającego (TIA- ang. transient ischemic attack) do bardzo ciężkiego (nazywanego poważnym udarem niedokrwiennym). Objawy zależą od regionu mózgu dotkniętego udarem, który z kolei jest określony przez anatomie tętnic. W większości przypadków objawy fizyczne obejmują tylko jedną stronę ciała.

Objawy udaru niedokrwiennego: splątanie, problemy w mówieniu lub rozumieniu mowy: dotyczące ekspresji lub rozumienia mowy (afazja), dotyczące artykulacji (dyszartria), uczucie osłabienia w obrębie twarzy, rąk, nóg: dotyczące całej połowy ciała (hemipareza), dotyczące tylko kończyny górnej lub dolnej (monopareza), obniżenie kącika ust, opadnięcie powieki, zaburzenia widzenia: utrata widzenia w jednym oku, utrata widzenia jednej strony, podwójne widzenie, zaburzenia słuchowe, zaburzenia połykania (dysfagia), trudności w poruszaniu się, zawroty głowy, zaburzenia równowagi i koordynacji: utrata zdolności utrzymania równowagi w trakcie stania lub chodzenia (ataksja tułowia), zaburzenia koordynacji ruchów kończyn górnych lub dolnych (ataksja kończyn), zanurzenia zachowania, inne charakterystyczne objawy takie jak: nagły ostry ból głowy pojawiający się bez innej przyczyny, nudności, wymioty, nagła utrata świadomości [4].

Udar krwotoczny powstaje w wyniku pęknięcia naczynia i wypłynięciu krwi do struktur mózgu. Jest określany również nieurazowym krwotokiem śródmózgowym i stanowi od 10-17 procent wszystkich udarów. Dzieli się na krwotok śródmózgowy wtedy występuje krwawienie do miąższu mózgu oraz krwotok podpajęczynówkowy, czyli krwawienie do przestrzeni podpajęczynówkowej. Obrzęk mózgu nierzadko jest widoczny w pierwszych dniach krwawienia i może powiększać się aż do 14 doby. Rozpoznaje się go za pomocą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego w sekwencjach gradientowych. Badanie te należy wykonać natychmiastowo po przyjęciu pacjenta do szpitala. W udarze krwotocznym zaleca się takie same badania laboratoryjne jak w przypadku udaru niedokrwiennego. Udar krwotoczny wiąże się z poważną zachorowalnością lub długotrwałą niepełnosprawnością. Bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie i leczenie ze względu na szybkość rozszerzania się krwotoku, które powoduje nagłe pogorszenie świadomości i dysfunkcje neurologiczne.

Najczęstszymi objawami udaru krwotocznego są: bóle głowy, nudności, wymioty, zaburzenia świadomości, podwyższone ciśnienie tętnicze, utrata przytomności [5].

CEL PRACY

1. Wyodrębnienie problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjenta po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki w stosunku do pacjenta po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu.

MATERIAŁ I METODA

Badaniem objęto 83 letniego mężczyznę H.G hospitalizowanego na oddziale Neurologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, z powodu udaru niedokrwiennego mózgu w okresie od 19.04.2022r. do 29.04.2022r. Obserwacja odbywała się od pierwszej do dziesiątej doby pobytu.

W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku, z wykorzystaniem procesu pielęgnowania. W pozyskiwaniu materiału badawczego posłużono się:

- obserwacją pielęgnarską
- wywiadem z wykorzystaniem arkusza do zbierania danych
- analizą dokumentacji medycznej
- pomiarami

Powyższe techniki pomogły w stworzeniu procesu pielęgnowania pacjenta objętego badaniem.

WYNIKI

Opis pacjenta po przebytych udarze mózgu

Pacjent H.G lat 83 przyjęty do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego na Oddział Neurologiczny z powodu pojawienia się w sposób nagły osłabienia siły mięśniowej prawych kończyn i zaburzeń mowy.

Badaniem neurologicznym stwierdzono prawostronnie zespół piramidowy pod postacią niedowładu małego stopnia i afazję mieszaną. Badania wykazały udar niedokrwienny lewej półkuli mózgu.

Określony został ogólny stan pacjenta: wartość ciśnienia tętniczego- podwyższona (149/90 mmHg), tętno- 82 uderzeń/min, oddech- 15 oddechów/min, temperatura ciała- 36,7°C. Badania krwi bez istotnych nieprawidłowości.

W leczeniu zastosowano leki poprawiające krążenie mózgowe, nawodnienie dożylnie, Simvastatynę, Acenocumarol, Cordarone, Tritace.

Pielęgnowanie pacjenta po przebytych udarach mózgu

Pacjent cierpi na nadciśnienie tętnicze od 10 lat oraz nadczynność tarczycy. Jest pod stałą opieką poradni kardiologicznej i endokrynologicznej. Skarży się na bóle i zawroty głowy. Pacjent porusza się z pomocą osób trzecich lub narzędzi pomocniczych. Ma problem z utrzymaniem równowagi. Z powodu osłabionej prawej strony ciała ma problemy w spożywaniu posiłków, wykonywania toalety ciała, wymaga wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności. Większość czasu spędza w łóżku. Ma problem z nietrzymaniem moczu. Dodatkowym u pacjenta występują biegunki. Nie ogranicza się w spożywaniu posiłków. Ma wzmożony apetyt. Występują problemy z zasypianiem, nie może zasnąć i wcześnie się budzi. Chory rozdrażniony z powodu problemów w komunikacji- nie może porozumieć się z rodziną co wpływa na jego złe samopoczucie. Pacjent jest przygnębiony ze względu na swoją sytuację zdrowotną, odczuwa strach przed ponownym wystąpieniem udaru.

Po 10 dobach pobytu chorego w stanie poprawy neurologicznej z afazją głównie ruchową małego stopnia wypisano do domu ze wskazaniem do objęcia go stałą opieką poradni neurologicznej.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

1. Problem pielęgnacyjny: Złe samopoczucie spowodowane bólem głowy przy wzroście ciśnienia tętniczego krwi (169/97 mmHg).

Cel planowanych działań: Obniżenie ciśnienia tętniczego krwi do granic normy (120–139/60–89 mmHg), zniwelowanie bólu głowy i dyskomfortu.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena poziomu bólu i jego natężenia za pomocą skali NRS (6 w skali NRS),
- regularny pomiar ciśnienia tętniczego krwi i obserwacja pacjenta,
- na zlecenie lekarza podanie leków przeciwbólowych i obniżających ciśnienie tętnicze krwi,
- ustalenie pozycji, w której ból się nasila i ulega osłabieniu, jeżeli jest taka pozycja zalecenie pacjentowi położenia się w niej,
- zastosowanie okładu na okolicę czołową głowy,
- zapewnienie pacjentowi ciszy i spokoju,
- przewietrzenie pomieszczenia,
- obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia objawów sugerujących wzrost ciśnienia (ból, zawroty głowy, uderzenia gorąca, potliwość, kołatanie serca, bezsenność, duszność, nerwowość),
- pomiar ciśnienia i ocena poziomu bólu po podaniu leków (ciśnienie- 123/83 mm Hg, ból- 2 w skali NRS).

Ocena podjętych działań: Unormowanie ciśnienia tętniczego (128/83 mm Hg) poprzez podanie odpowiednich leków obniżających ciśnienie na zlecenie lekarza. Ból zmniejszył się z 6 na 2 w skali NRS. Problem wymaga dalszej obserwacji.

2. Problem pielęgnacyjny: Trudności pacjenta w zaspokojeniu swoich potrzeb fizjologicznych, spożywaniu pokarmów, toalecie spowodowane ograniczeniem sprawności ruchowej (niedowład kończyn po prawej stronie ciała).

Cel planowanych działań: Pomoc pacjentowi w czynnościach dnia codziennego i zapewnieniu potrzeb fizjologicznych. Zapewnienie komfortu psychicznego pacjenta.

Interwencje pielęgniarские:

- pomoc pacjentowi w wykonywaniu codziennych czynności takich jak toaleta ciała, ubieranie się, przemieszczanie do łazienki,
- zaopatrzenie pacjenta w sprzęt pomocniczy ułatwiający poruszanie się,
- wykonywanie z pacjentem ćwiczeń biernych,
- zachęcenie pacjenta do skorzystania z rehabilitacji i zabiegów fizykoterapeutycznych,
- współpraca z rehabilitantem,
- zachęcanie pacjenta do podjęcia aktywności fizycznej dostosowanej do stanu pacjenta.

Ocena podjętych działań: Poprawa komfortu psychicznego pacjenta przez pomoc w czynnościach dnia codziennego.

3. Problem pielęgnacyjny: Osłabienie organizmu spowodowane biegunką, która może prowadzić do odwodnienia organizmu.

Cel planowanych działań: Przywrócenie prawidłowego wydalania i wzmocnienie organizmu.

Interwencje pielęgniarские:

- rozmowa z pacjentem dotycząca czasu trwania dolegliwości i objawów z tym związanych,
- dobór odpowiedniej diety - lekkostrawnej,
- zalecenie picia większej ilości wody (minimum 2 litry wody dziennie), żeby nie doprowadzić do odwodnienia organizmu,
- na zlecenie lekarskie podanie płynu wieloelektrolitowego,
- obserwacja oddechu oraz pomiar tętna, ciśnienia, ocena świadomości chorego,
- obserwacja ilości i jakości wydalanych stolców,
- obserwacja pod kątem objawów odwodnienia (wzmózone pragnienie, brak elastyczności i sprężystości skóry, suche popękane wargi, zapadnięte oczy, osłabienie, bóle głowy, zaburzenia

widzenia, senność, mała ilość wydalanego moczu, ciemno-żółta barwa moczu o nieprzyjemnej woni).

Ocena podjętych działań: Prawidłowe wydalanie pacjenta poprzez zastosowanie diety lekkostrawnej oraz wzmocniony organizm chorego poprzez podanie płynów wieloelektrolitowych na zlecenie lekarza.

4. Problem pielęgnacyjny: Niewystarczająca liczba godzin snu spowodowana problemami z zasypianiem i wczesnym budzeniem się.

Cel planowanych działań: Wyeliminowanie trudności w zasypianiu pacjenta. Utrzymanie odpowiedniej ilości snu.

Interwencje pielęgniarские:

- rozmowa z chorym w celu uzyskania informacji na czym polegają zaburzenia snu,
- obserwacja aktywności pacjenta w ciągu dnia,
- przygotowanie sali przed snem (przewietrzenie pomieszczenia, wyłączenie światła),
- pilnowanie, żeby pacjent nie spał w ciągu dnia,
- przypominanie o nocnej porze i potrzebie snu,
- podanie środków ułatwiających zasypianie na zlecenie lekarza.

Ocena podjętych działań: Pacjent przesypia odpowiednią ilość godzin dzięki środkom farmakologicznym przypisanym przez lekarza oraz zapewnieniu lepszych warunków w pomieszczeniu przed snem.

5. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko powstania odleżyn wynikające ze znikomej aktywności ruchowej pacjenta.

Cel planowanych działań: Zapobieganie powstaniu odleżyn.

Interwencje pielęgniarские:

- obserwacja skóry pod kątem wystąpienia zmian patologicznych (otarcia, odparzenia, odleżyny) przynajmniej raz dziennie podczas toalety pacjenta,
- zastosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej- (zmiana pozycji co 2 godziny, zastosowanie materaca przeciwoleżynowego, utrzymanie skóry w czystości i suchości, używanie środków myjących o neutralnym pH, natłuszczanie skóry oliwką, podawanie przynajmniej 2 litrów płynów dziennie, zastosowanie odpowiedniej diety- większa ilość białka, chude mięso, ryby, owoce i warzywa),
- nacieranie i oklepywanie skóry po toalecie ciała chorego,
- mycie całego ciała chorego przynajmniej raz dziennie,

Pielęgnowanie pacjenta po przebytych udarze mózgu

- zmiana bielizny pościelowej raz dziennie oraz gdy się zabrudzi,
- zmiana bielizny osobistej chorego raz dziennie po toalecie ciała chorego,
- żywienie pacjenta zgodnie ze zleconą dietą, uzupełnianie niedoborów białka, suplementacja witaminy A i C, soli mineralnych głównie cynku

Ocena podjętych działań: Na ciele pacjenta nie powstały odleżyny. Problem wymaga dalszej obserwacji.

6. Problem pielęgnacyjny: Nietrzymanie moczu wynikające z wystąpienia udaru.

Cel planowanych działań: Poprawa funkcjonowania zwieracza.

Interwencje pielęgniarские:

- obserwowanie w jakich sytuacjach dochodzi do nietrzymania moczu,
- zalecenie ćwiczenia poprawiającego funkcje zwieraczy (w trakcie oddawania moczu kilka razy przerywać strumień na 3 sekund, ćwiczenie powtarzać wydłużając czas przerywania strumienia za każdym razem oddawania moczu),
- pomoc w toalecie ciała pacjenta,
- zachowanie prawidłowej higieny krocza (mycie przynajmniej raz dziennie letnią wodą z mydłem, dokładne osuszanie),
- zastosowanie pieluchomajtek,
- zmiana pieluchomajtek po każdym oddaniu moczu.

Ocena podjętych działań: Nietrzymanie moczu utrzymuje się. Działania pielęgniarские należy kontynuować.

7. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko odparzeń skóry z powodu wilgoci przez przyleganie do skóry pieluchomajtek.

Cel planowanych działań: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia odparzeń.

Interwencje pielęgniarские:

- codzienna kontrola skóry pośladków oraz krocza (sprawdzanie czy nie występuje zaczerwienienie lub obrzęk),
- toaleta pośladków oraz krocza z rana oraz po każdym oddaniu moczu lub stolca (dokładne osuszanie),
- zastosowanie kremów ochronnych, oliwek do nawilżania skóry,
- zastosowanie Sudocremu na pachwiny i pośladki,
- zmiana pampersa po oddaniu moczu lub stolca,
- unikanie przegrzania.

Ocena podjętych działań: Odparzenia skóry nie powstały. Problem wymaga dalszej obserwacji.

8. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko upadku spowodowane trudnościami z poruszaniem się.

Cel planowanych działań: Likwidacja ryzyka upadku, zapewnienie bezpieczeństwa.

Interwencje pielęgniarские:

- zapewnienie bezpieczeństwa choremu (rozstawienie barierki przy łóżku)
- pomoc pacjentowi w przemieszczaniu się z łóżka do toalety- asystowanie choremu, wzięcie pod rękę i prowadzenie,
- przy łóżku pacjenta przywiązanie drabinki, wysięgnika z uchwytem, czyli elementów których pacjent mógłby się trzymać podczas wstawania,
- namawianie do korzystania z narzędzi pomocniczych takich jak np. kula lub laska,
- stworzenie pacjentowi warunków do poruszania się po sali, czyli usunięcie zbędnych przedmiotów w polu chodzenia chorego przy łóżku takich jak krzesło, stojak na kroplówkę,
- przekazanie informacji rodzinie o trudnościach w poruszaniu pacjenta, żeby zwiększyć ich świadomość w opiece nad pacjentem w warunkach domowych.

Ocena podjętych działań: Ryzyko upadku zostało zmniejszone, pacjent czuje się bezpieczniej. Problem wymaga dalszej obserwacji.

9. Problem pielęgnacyjny: Podenerwowanie pacjenta z powodu trudności w porozumiewaniu się z rodziną spowodowanych afazją mieszaną.

Cel planowanych działań: Poprawa komunikacji i uspokojenie pacjenta.

Interwencje pielęgniarские:

- rozmowa z pacjentem odnośnie afazji spowodowanej chorobą,
- edukacja pacjenta na temat skutków udaru (w tym afazji),
- edukacja rodziny odnośnie afazji i skutków udaru,
- zaproponowanie ćwiczeń mięśni twarzy,
- motywowanie do ćwiczeń aparatu mowy, które poprawią wymowę,
- wspólne wykonywanie ćwiczeń poprawiających komunikację,
- dostarczenie materiałów edukacyjnych pacjentowi na temat udaru, afazji i zalecanych ćwiczeń,
- zaproponowanie konsultacji z logopedą.

Ocena podjętych działań: Pacjent stopniowo poprawia komunikację przez wykonywanie codziennych ćwiczeń mięśni twarzy i aparatu mowy pod okiem logopedy oraz personelu pielęgniarskiego, jest bardziej spokojny.

10. Problem pielęgnacyjny: Lęk i niepokój pacjenta spowodowany stanem zdrowia i ryzykiem wystąpienia kolejnego udaru.

Cel planowanych działań: Zniwelowanie lęku i niepokoju, poprawa psychicznego samopoczucia pacjenta.

Interwencje pielęgniarские:

- rozmowa i udzielenie choremu wsparcia psychicznego,
- edukacja pacjenta na temat udaru mózgu,
- dostarczenie materiałów edukacyjnych na temat udaru mózgu,
- informowanie chorego o wykonywanych czynnościach pielęgniarских
- umożliwienie choremu konsultacji z lekarzem,
- informowanie o wykonywanych badaniach i przeprowadzanych czynnościach medycznych,
- zapewnienie spokoju i komfortu psychicznego pacjentowi,
- podasz leków uspokajających na zlecenie lekarza,
- obserwacja stanu psychicznego.

Ocena podjętych działań: Lęk i niepokój pacjenta zmniejszył się, nastąpiła poprawa samopoczucia chorego. Problem wymaga dalszej obserwacji.

PODSUMOWANIE

Opieka pielęgniarская stanowi ważną rolę w leczeniu pacjenta po udarze mózgu. Działania pielęgniarские powinny być indywidualnie dobrane do chorego, dokładnie zaplanowane i stale oceniane.

Na podstawie materiału badawczego wyodrębniono indywidualny proces pielęgnowania pacjenta po przebytych udarze mózgu hospitalizowanego na Oddziale Neurologii. W opracowanym procesie pielęgnowania zawarto całościową opiekę pielęgniarki, która opiera się nie tylko na problemach fizycznych, ale również psychicznych i społecznych pacjenta.

Do najważniejszych problemów pielęgnacyjnych pacjenta należały: złe samopoczucie spowodowane bólem głowy przy wzroście ciśnienia tętniczego krwi; trudności pacjenta w zaspokojeniu swoich potrzeb fizjologicznych, spożywaniu pokarmów, toalecie spowodowane ograniczeniem sprawności ruchowej (niedowład kończyn po prawej stronie ciała); osłabienie

organizmu spowodowane biegunką, która może prowadzić do odwodnienia organizmu; ryzyko powstania odleżyn wynikające ze znikomej aktywności ruchowej pacjenta; lęk i niepokój pacjenta spowodowany stanem zdrowia i ryzykiem wystąpienia kolejnego udaru.

Po wyznaczeniu problemów i postawieniu celów zaplanowano zindywidualizowane działania pielęgniarские. Po realizacji działań dokonano oceny pod kątem skuteczności.

PIŚMIENNICTWO

1. Lewera D., Zrozumieć udar mózgu. Continuo, Wrocław 2018.
2. Szczeklik A., Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków 2018.
3. Kuriakose, D., Xiao, Z. Pathophysiology and treatment of stroke: present status and future perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, 2020; 21(20): 1-2.
4. Chugh, C. Acute ischemic stroke: management approach. *Indian Society of Critical Care Medicine*, 2019; 23(2): 140.
5. Unnithan, A. K. A., Mehta, P. Hemorrhagic stroke. Wydawnictwo StatPearls, Treasure Island (FL) 2020.

Wiedza osób nieheteroseksualnych na temat chorób przenoszonych drogą płciową

Kacper Grzymała^{1,2}, Beata Kowalewska³

1. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku
2. Absolwent studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Każdego dnia ponad milion osób w wieku od 15 do 60 lat zaraża się jedną z czterech głównych chorób wenerycznych – poinformowała organizacja WHO. Na liście uleczalnych chorób widnieją chlamydiozy, rzeżączka, syfilis (kiła) i rżęśistkowica. Globalna liczba nowych infekcji wynosi 376 mln rocznie, co oznacza, że co czwarty mieszkaniec Ziemi jest chory na chorobę weneryczną. W pracy swoją uwagę skierowano na społeczność LGBTQ+.

Termin „*choroby przenoszone drogą płciową*” odnosi się do różnych zespołów i zakażeń wywołanych przez patogeny nabywane i przekazywane podczas aktywności seksualnej. Przez wieki choroby takie określano mianem wenerycznych, co nawiązywało do mitycznej bogini piękna i miłości – Wenery oraz wskazywało na ich związek z życiem seksualnym człowieka. Pod koniec XX w. Światowa Organizacja Zdrowia WHO przyjęła określenie choroby przenoszone drogą płciową (STD; ang. sexuallytransmitteddiseases) lub zakażenia przenoszone drogą płciową (STI; ang. sexuallytransmittedinfections). Obecnie choroby te stanowią jeden z głównych problemów zdrowia publicznego na całym świecie [1].

Na liście Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10 (International Statistical Classification of Diseases and RelatedHealthProblems) znajduje się szereg chorób zakaźnych przenoszonych drogą płciową. Na dzień dzisiejszy znanych jest około 40 różnych mikroorganizmów transmitowanych drogą płciową, które powodują blisko 30 różnych chorób. Do mikroorganizmów odpowiedzialnych za powstanie STD należą bakterie, wirusy, pierwotniaki czy pasożyty skóry. Przykładowo bakterie odpowiedzialne dla kiły to krętek blady, dla rzeżączki – dwoinka rzeżączki, dla nierzeżączkowego zapalenia cewki moczowej (NGU) są to chlamydie, ureoplazy, rżęśistki. Wirusy odpowiedzialne za powstanie STD to przykładowo dla opryszczki zwykłej to wirus opryszczki,

dla wirusa brodawczaka ludzkiego to kłykciny kończyste, dla AIDS to wirus HIV. STD odpowiedzialne są także pasożyty, np. za świerzb odpowiada świerzbowiec ludzki, za wszawicę wesz łonowa. W przypadku robaków za owsicę ludzką odpowiada owsik ludzki, w przypadku pierwotniaków za rzęsistkowca odpowiada rzęsistek pochwowy, a w przypadku grzybów za drożdżycę odpowiada candida albicans[2].

Większość z patogenów przenoszonych jest drogą kontaktu seksualnego, dla niektórych natomiast jest to droga prawdopodobna, np. dla wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV) i typu C (HCV). Niektóre mikroorganizmy wywołują zmiany w obrębie narządów płciowych, a inne zakażenia ogólne. Od lat znana jest kiła, rzeżączka, ziarnica weneryczna pachwin, ziarniak pachwinowy, czy wrzód miękki. Obecnie do STD zalicza się także choroby wywołane przez Chlamydię np. nie rzeżączkowe zapalenia dróg moczowo – płciowych, opryszczkę narządów pachowych, rzęsistkowe i bakteryjne zakażenia pochwy i gardła, wszawicę łonową, bakteryjne zakażenia przewodu pokarmowego, owsice czy zakażenia HPV i HIV [2].

Epidemia chorób przenoszonych drogą płciową obejmuje swoim zasięgiem cały świat. Dane szacunkowe WHO z 2016 r. mówią o ok. 367 mln odnotowanych przypadków tychże chorób, z czego m.in. 127 mln to chlamydzioz, 87 mln rzeżączki, 6 mln kiły, 156 mln rzęsistkowicy, 417 mln zakażeń wirusem opryszczki zwykłej i około 291 mln wirusem brodawczaka ludzkiego HPV [3]. Strategia WHO na lata 2016 – 2021 zakłada do 2030 r. ograniczenie TSD 90 % kiły i rzeżączki, i w 80 % przypadków kiły wrodzonej oraz kwestii dotyczącej HIV i wirusowego zapalenia wątroby. Nieco inaczej przedstawia się sytuacja w krajach rozwijających się, a inaczej w krajach rozwiniętych. W krajach rozwijających się problemem jest brak wiarygodnych kompleksowych danych dotyczących chorób przenoszonych drogą płciową.

CEL PRACY

Zbadanie poziomu wiedzy osób nieheteroseksualnych na temat najczęściej występujących chorób wenerycznych wśród społeczności LGBTQ+.

Cel ogólny wzbogacono o następujące cele szczegółowe:

1. Zgromadzenie informacji na temat wiedzy dotyczącej barierowych metod antykoncepcji wśród osób nieheteroseksualnych
2. Zbadanie wiedzy respondentów na temat objawów i metod leczenia chorób przenoszonych drogą płciową oraz ich powikłań.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankietowej. Materiał do pracy został zebrany za pomocą ankiety własnego autorstwa, skonstruowanej na potrzeby badań. Materiał do pracy pozyskano w okresie od 04.2022 do 05.2022 poprzez grupy na portalach społecznościowych zrzeszających społeczność LGBTQ+.

Ankieta składała się z 3 pytań w części metryczkowej, dotyczących: miejsca zamieszkania, płci i wykształcenia respondentów oraz z 17 pytań w części szczegółowej dotyczących: inicjacji seksualnej, pytań o choroby przenoszone drogą płciową, podejścia oraz dostępności do edukacji seksualnej czy miejsca zdobywanej wiedzy.

Na badanie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Badaniem objęto 199 osób nieheteroseksualnych w wieku od 18 do 60 roku życia.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 199 respondentów (100%), przy czym w objętej badaniem grupie przeważali mężczyźni (57%). Kobiet było 39% zaś osób określających swoją płć jako „inna” – 4%.

Kolejne pytanie dotyczyło wykształcenia respondentów. Ponad połowa respondentów (55%) posiadała wykształcenie średnie. Aż 37% uzyskało wykształcenie wyższe. Tylko 7,5% respondentów posiada wykształcenie podstawowe, a jedna osoba – zawodowe – 0,5%.

Aż 82% respondentów zamieszkiwało miasta, tylko 18% - wieś.

Pierwsze pytanie w części właściwej ankiety dotyczyło tego, czy respondenci znajdują się już po swojej pierwszej inicjacji seksualnej (odbywał/a pierwszy stosunek seksualny).

Aż 77% respondentów wskazało, że odbyło już inicjację seksualną, a więc teoretycznie powinni oni posiadać wiedzę dotyczącą chorób roznoszonych drogą płciową. Tylko 23% ankietowanych wskazało, że jest to jeszcze przed nimi.

Niemalże połowa ankietowanych (48%) posiadała dostęp do edukacji seksualnej w okresie uczęszczania do szkoły. Z kolei 52% respondentów nie miało możliwości skorzystania z takiego typu edukacji.

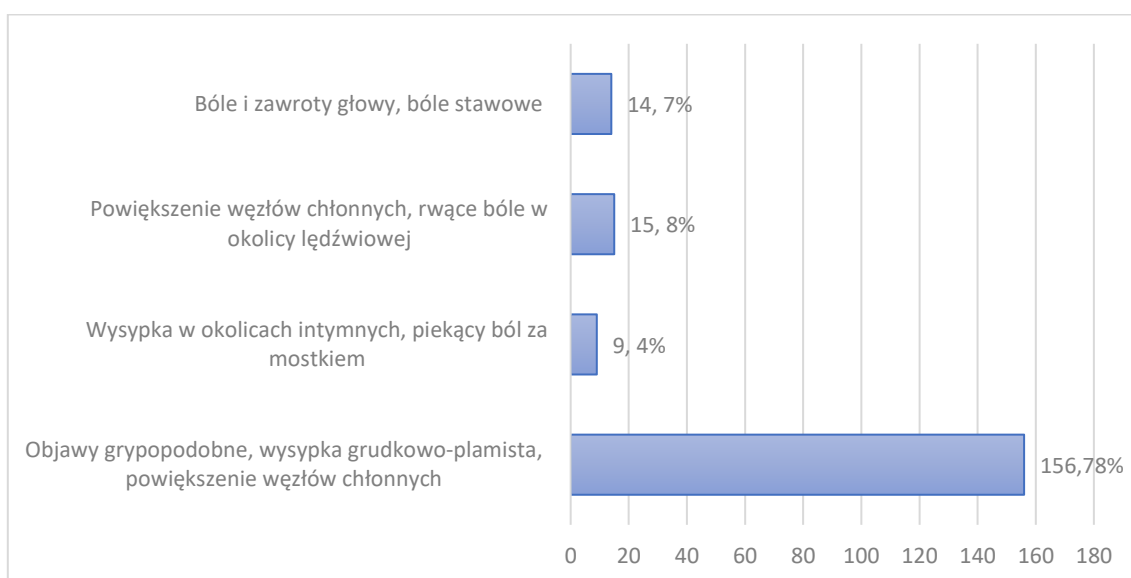
Szkoła nie jest jedynym miejscem, które oferuje edukację seksualną, w szczególności w zakresie bezpiecznego seksu. Niemal wszyscy ankietowani informacje na ten temat pozyskiwali z Internetu - 191 (95%). 58 (29%) z nich rozmawiało na ten temat ze swoimi znajomymi, 24% (48 osób) czytało książki, które poruszają ten temat, a 29 respondentów (14%) korzystało z profesjonalnych wskazówek pracowników medycznych. Tylko 8 ankietowanych

Wiedza osób nieheteroseksualnych na temat chorób przenoszonych drogą płciową

(4%) pozyskiwało informacje w tym zakresie ze szkoły lub od rodziców. Wyniki w powyższym pytaniu nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi.

Aż 97% respondentów zadeklarowało, iż posiada wiedzę dotyczącą zachowań sprzyjających zarażeniu się chorobą weneryczną. Tylko 3% odpowiedziało, iż nie posiada takiej wiedzy. Warto, jednakże zauważyć, że każda osoba nie zdająca sobie sprawy co może narazić ją na zarażenie się chorobą weneryczną jest powodem do prowadzenia w szerszym zakresie edukacji seksualnej.

Niewątpliwie jedną z najbardziej poważnych, ale również najbardziej obecnych w świadomości społeczeństwa chorób przenoszonych drogą płciową jest choroba AIDS, powodowana przez wirus HIV. 156 ankietowanych (78%) wiedziało jakie objawy są charakterystyczne dla AIDS/HIV (objawy grypopodobne, wysypka grudkowo-plamista i powiększenie węzłów chłonnych). 15 badanych(8%) odpowiedziało, że jest to powiększenie węzłów chłonnych i rwące bóle w okolicy lędźwiowej, jest to odpowiedź, która nie jest do końca fałszywa, ale również nie jest ona całkowicie prawdziwa. Rwące bóle w okolicy lędźwiowej nie są związane z analizowaną chorobą. Odpowiedź, którą wybrało 14 respondentów(7%) – bóle i zawroty głowy, bóle stawowe, to odpowiedź zgodna z prawdą, jednakże nie są to objawy charakterystyczne wyłącznie dla tej choroby. 9 (4%) respondentów uznało, że objawy to wysypka w okolicach intymnych i piekący ból za mostkiem, co jest odpowiedzią kompletnie fałszywą (Rycina 1).



Rycina 1. Objawy charakterystyczne dla AIDS/HIV wedle opinii respondentów

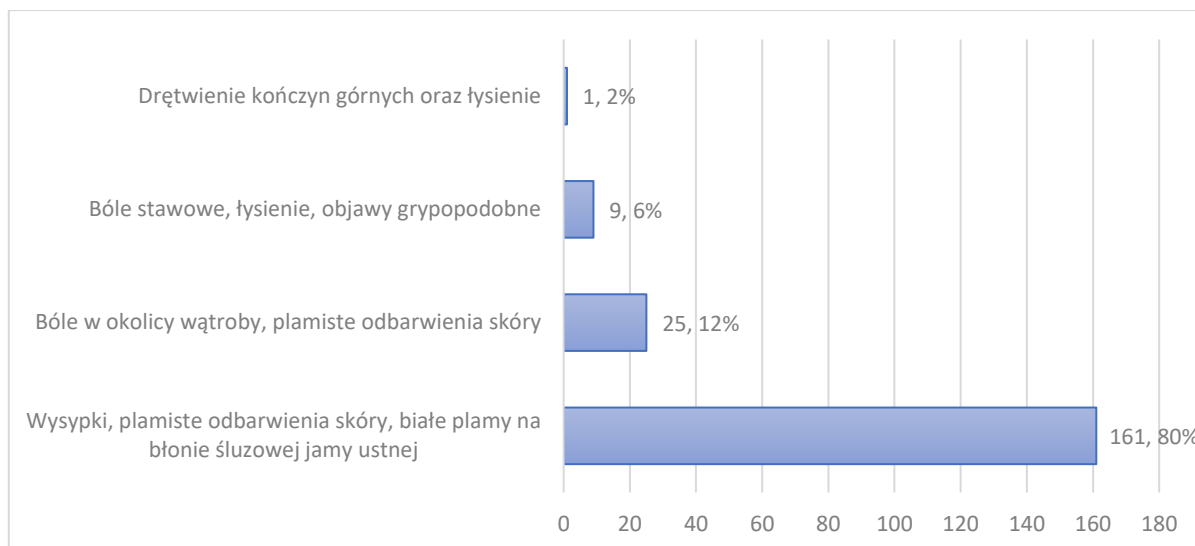
Wiedza osób nieheteroseksualnych na temat chorób przenoszonych drogą płciową

Działania prewencyjne, które można podjąć w celu zminimalizowania ryzyka zakażenia chorobą weneryczną to przede wszystkim ograniczenie kontaktów seksualnych, stosowanie ochrony mechanicznej podczas stosunków tj. prezerwatyw, a także używanie chusteczek lateksowych – odpowiedź tę wybrało aż 192 respondentów, czyli 96%. Tylko 4 respondentów (2%) wybrało odpowiedź, że działaniem prewencyjnym jest niesiadanie na siedzeniach w komunikacji miejskiej, a tylko 1 badany (0,5%), że pomocne jest ograniczenie kontaktów społecznych.

Kolejne pytanie obecne w części właściwej ankiety dotyczyło definicji HIV. Aż 183 ankietowanych (92%) odpowiedziało poprawnie, że HIV to ludzki wirus nabytego niedoboru odporności. 12 respondentów (6%) odpowiedziało, że jest to wirus wysokiej zjadliwości, a jeden, iż jest to wirus odzwierzęcy przenoszony drogą kropelkową, są to odpowiedzi fałszywe.

Pytanie jedenaste znajdujące się w ankiecie, dotyczyło dróg przenoszenia się chorób wenerycznych. Chorobami wenerycznymi można zarazić się poprzez kontakt z krwią osoby chorej lub będącej nosicielem – 159 odpowiedzi (80%) lub przez kontakt z jej płynami ustrojowymi. Stwierdzenie, że kontakt z płynami ustrojowymi choroby ozdrowiałej jest drogą przenoszenia się chorób wenerycznych jest odpowiedzią błędną, jednakże wybrało ją 27 respondentów (13%) . 8 (4%) ankietowanych wybrało odpowiedź, że jest to droga kropelkowa, a 4 (3%) , że to dotyk. Są to odpowiedzi jednoznacznie błędne.

Pytanie dwunaste dotyczyło pierwszych objawów kiły. W pełni prawidłowa odpowiedź została wybrana aż przez 161 (80%) respondentów. Plamiste odbarwienie skóry jest objawem kiły, jednakże nie towarzyszą jej bóle w okolicy wątroby – tą błędną odpowiedź wybrało 25 (12%) ankietowanych. Łysienie kiłowe jest jednym z towarzyszących objawów – wskazało na nie łącznie 10 (8%) ankietowanych, jednakże bóle stawowe oraz drętwienie kończyn górnych to objawy niezwiązane z kiłą, co czyni te odpowiedzi błędnymi (Rycina 2).



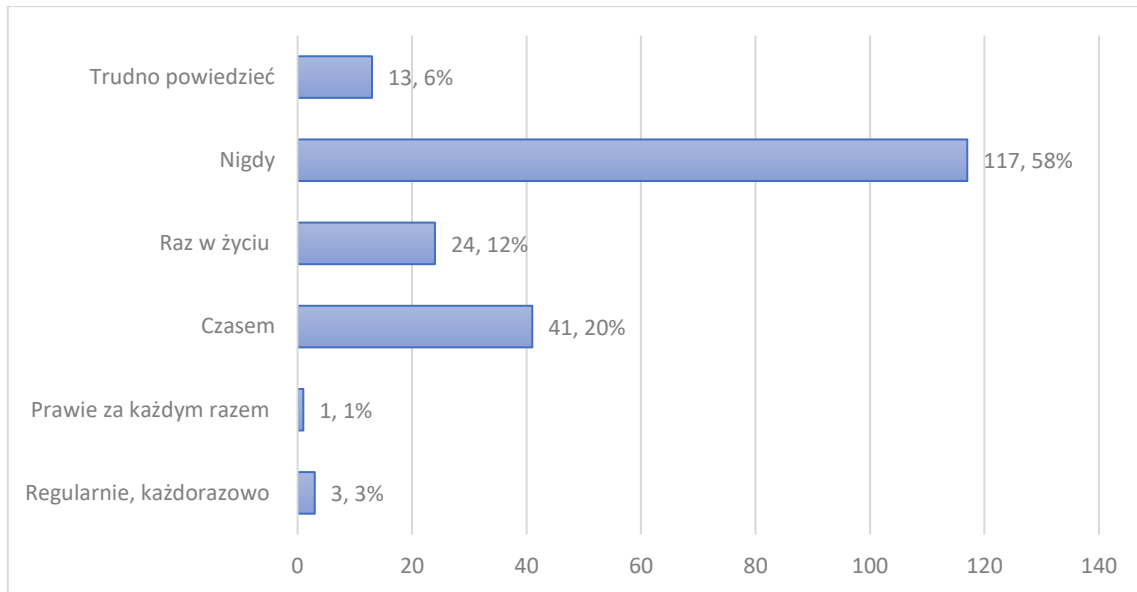
Rycina 2. Pierwsze objawy kiły

Można wyróżnić objawy charakterystyczne dla każdej z chorób wenerycznych, jednakże czas ich wystąpienia jest różny w przypadku każdego pacjenta. Aż 184 respondentów (92%) wiedziało, że czas od zakażenia do wystąpienia pierwszych objawów chorób wenerycznych nie jest określony, zależy jest on od zjadliwości patogenu oraz od odporności chorego. 10 ankietowanych (5%) uważało, że jest to czas po 24 godzinach od kontaktu z patogenem, a 3 (3%), iż dzieje się to od razu po kontakcie z patogenem, są to odpowiedzi fałszywe. Choroby weneryczne mogą być w fazie uśpienia, w której nie można zaobserwować żadnych charakterystycznych objawów.

Każdy z lekarzy posiada określoną specjalizację, lekarz zajmujący się chorobami związanymi z aktywnością seksualną określany jest mianem wenerologa. Aż 187 (94%) respondentów wiedziało, że lekarz specjalizujący się w chorobach wenerycznych to wenerolog. Tylko 9 (4%) ankietowanych wskazało endokrynologa – lekarza zajmującego się zaburzeniami pracy układu dokrewnego, a 3 (2%) gastrologa – lekarza zajmującego się chorobami układu pokarmowego.

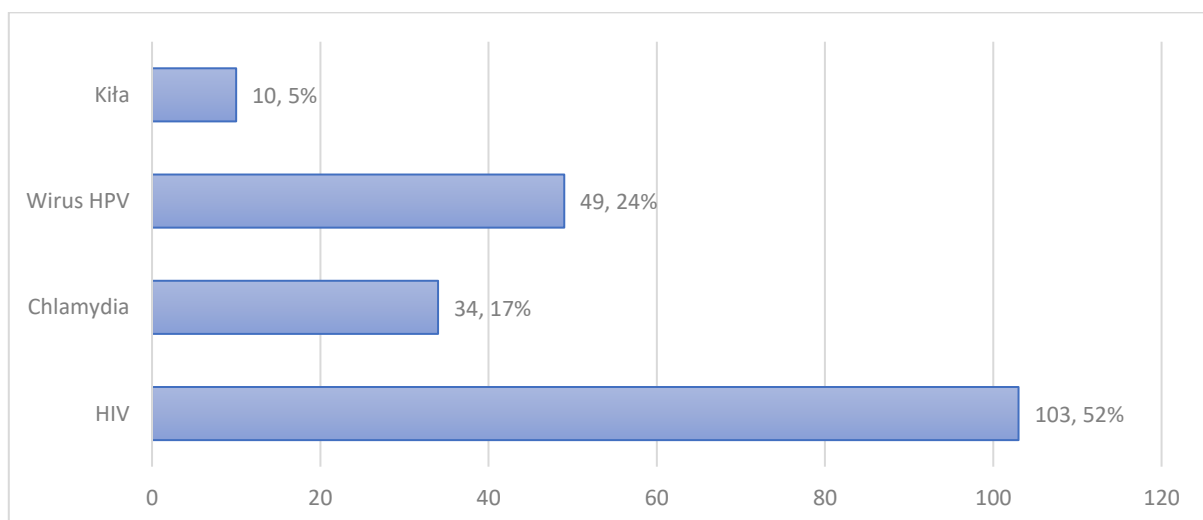
Pytanie piętnaste dotyczyło tego, czy respondentom zdarzyło się podjąć kontakt seksualny pomimo istniejącego zagrożenia związanego z nieplanowaną ciążą lub z chorobami przenoszonymi drogą płciową. Największa grupa respondentów, 117 (58%) ze 199 badanych (100%) zadeklarowało, że nigdy nie podjęli kontaktów seksualnych związanych z ryzykownym kontaktem seksualnym. 41 (20%) respondentów odpowiedziało, że podejmują takie kontakty czasem, 24 (12%) raz w życiu, a 13 (6%) ankietowanych nie potrafiło udzielić odpowiedzi. Szczegółowe dane przedstawiono na Rycinie 3.

Wiedza osób nieheteroseksualnych na temat chorób przenoszonych drogą płciową



Rycina 3. Podejmowanie przez respondentów kontaktów seksualnych pomimo istniejącego zagrożenia (związanego z nieplanowaną ciążą, chorobami przenoszonymi drogą płciową)

Jedną z chorób wenerycznych z powodu późno występujących objawów określona została mianem „cichej infekcji”. Tylko 34 (17%) ankietowanych odpowiedziało poprawnie na to pytanie. Mianem „cichej infekcji” określa się chłamydię, ponieważ w większości przypadków przebiega ono bezobjawowo, a podczas badania fizykalnego nie stwierdza się nieprawidłowości. Aż 103 (52%) respondentów wskazało na HIV, który jest wirusem, a nie pełnoprawną chorobą. Dodatkowo 49 (24%) wskazało na wirus HPV, który jest odpowiedzią niepoprawną. 10 (5%) respondentów wskazało kiłę, która nazywana się syfilisem (Rycina 4).

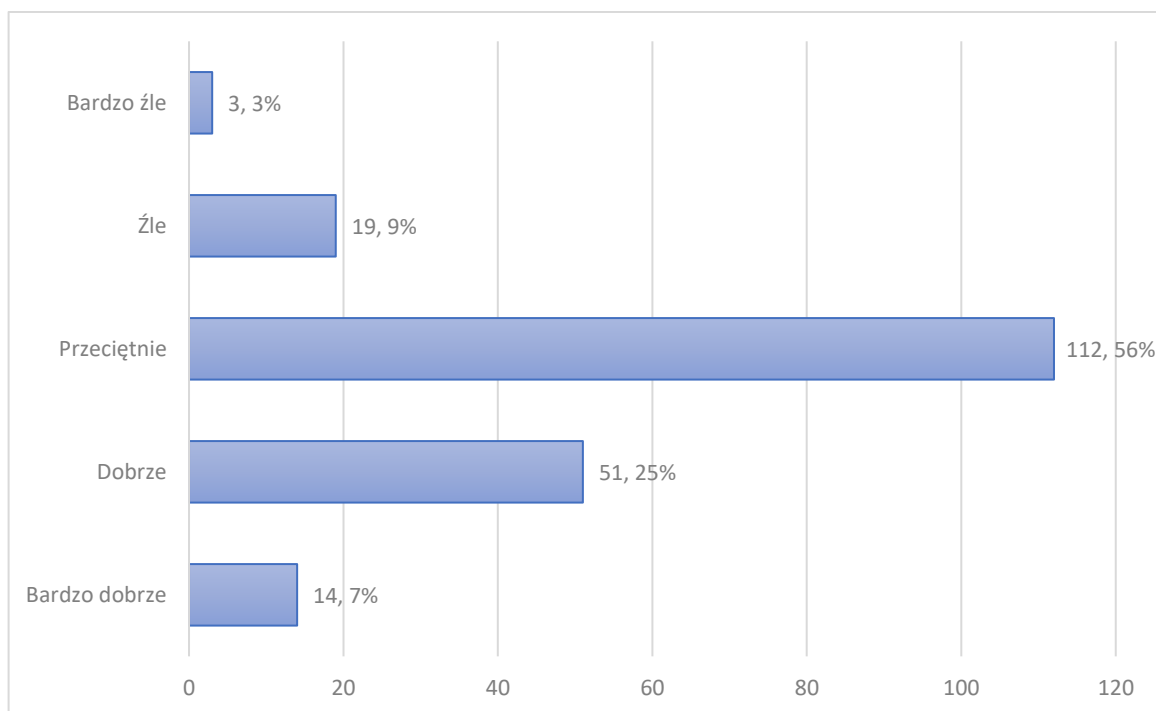


Rycina 4. Choroba weneryczna określona mianem „cichej infekcji”

Wiedza osób nieheteroseksualnych na temat chorób przenoszonych drogą płciową

Przed wieloma chorobami można się uchronić za pomocą szczepienia, również przed niektórymi chorobami przenoszonymi drogą płciową np. WZW typu A i typu B oraz przed wirusem HPV. Aż 132 (66%) respondentów poprawnie odpowiedziało, iż istnieje możliwość szczepień chroniących przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, ale dotyczy ona tylko niektórych, określonych chorób. 52 (26%) respondentów odpowiedziało, że nie istnieje taka możliwość co jest odpowiedzią jednoznacznie fałszywą. 15 (7%) ankietowanych uważało, że istnieje taka możliwość, ale nie doprecyzowało, że dotyczy ona tylko wybranych chorób.

Pytanie osiemnaste dotyczyło subiektywnej oceny respondentów w zakresie posiadanej przez nich wiedzy na temat chorób wenerycznych. Aż 112 (56%) respondentów uważało, że ich wiedza na temat chorób wenerycznych jest przeciętna, jest to bardzo ostrożna ocena. 51 (25%) ankietowanych uznało, że jest ona dobra, a 14 (7%), że posiada wiedzę na poziomie bardzo dobrym. Jednoznacznie ukazuje to potrzebę dalszej edukacji w tym temacie (Rycina 5).



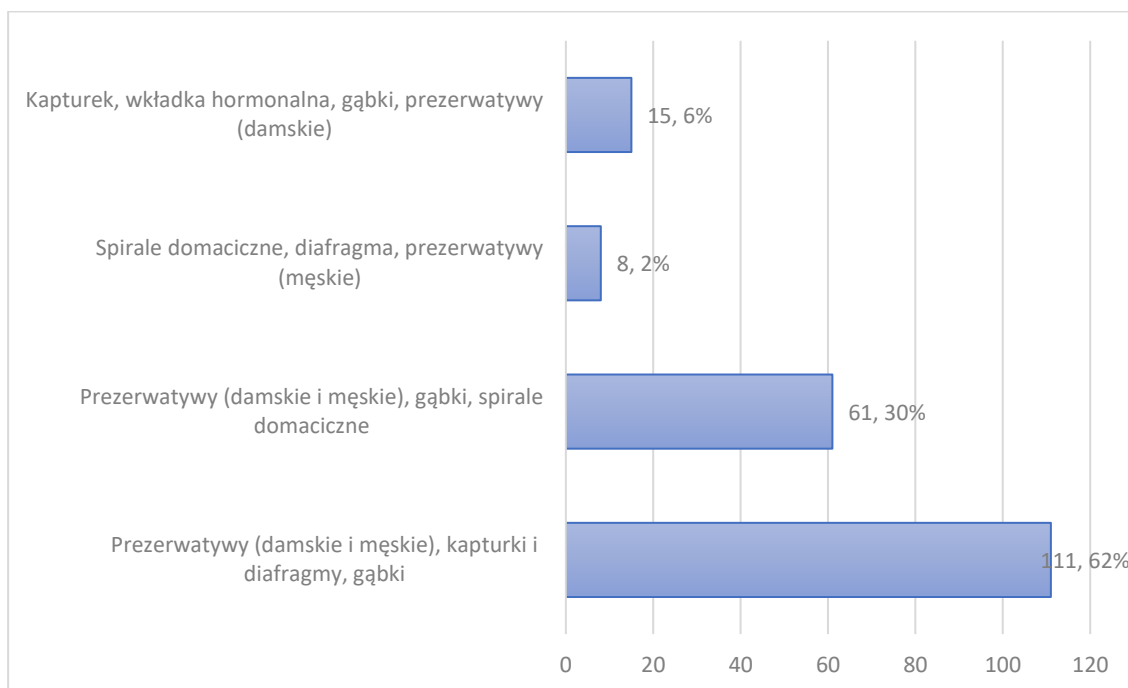
Rycina 5. Subiektywna ocena posiadanej wiedzy na temat chorób wenerycznych

Dziewiętnaste pytanie dotyczyło metod antykoncepcji barierowej (prezerwatywa (damska i męska); kapturek naszyjkowy i diafragma; gąbka antykoncepcyjna). 111 respondentów (62%) udzieliło w pełni poprawnej odpowiedzi wymieniając wszystkie metody antykoncepcji barierowej. Pozostali respondenci udzielili niepoprawnych odpowiedzi w różnym zakresie. 61 respondentów (30%) wśród odpowiedzi poprawnych wskazało niepoprawnie, że spirale domaciczne należą do metod antykoncepcji barierowej. 15 (6%)

Wiedza osób nieheteroseksualnych na temat chorób przenoszonych drogą płciową

badanych zaznaczyło, pominęło w odpowiedziach poprawnych prezerwatywy męskie i diafragmy, zaś niesłusznie oznaczyli wkładki hormonalne (Rycina 6).

W ostatnim pytaniu ankiety zapytano respondentów o ich zdanie w kwestii zasadności prowadzenia edukacji seksualnej w szkołach. Aż 95% respondentów wskazało, na konieczność i ogromną wartość prowadzenia edukacji seksualnej w szkolne. Tylko 2% ankietowanych wskazało, że jest to zbędne, a 3% nie miało zdania w tym względzie.



Rycina 6. Metody antykoncepcji barierowej

DYSKUSJA

Analizując wyniki badań własnych zaobserwowano iż większość respondentów posiadała dobrą wiedzę na temat chorób przenoszonych drogą płciową, zaś głównym źródłem informacji był dla respondentów Internet. Należy podkreślić, że Internet nie zawsze jest wiarygodnym źródłem informacji i wiedzy gdyż na wielu stronach powiela się mity lub przestarzałe i niczym nie poparte informacje. Szkoła nie jest jedynym miejscem, które oferuje edukację seksualną, w szczególności w zakresie bezpiecznego seksu. Niemal wszyscy ankietowani informacje na ten temat pozyskują z Internetu (191, 95%). 58(29%) z nich rozmawia na ten temat ze swoimi znajomymi, 48(24%) czyta książki, które poruszają ten temat, a 29(14%) z nich korzysta z profesjonalnych wskazówek pracowników medycznych. Tylko 8(4%) ankietowanych pozyskuje informacje w tym zakresie ze szkoły lub od rodziców, możliwe, że są to najmłodszy

respondenci. Kolejna grupa pytań miała za zadanie zweryfikować wiedzę w zakresie edukacji seksualnej jaką posiadają respondenci.

Ponad połowa ankietowanych nie uczęszczała lub nie miała możliwości uczestniczenia w zajęciach szkolnych mających na celu edukację seksualną. Możliwe, że właśnie to wpłynęło na to że prawie 41% respondentów udzieliło informacji, iż chociaż raz w życiu lub regularnie podejmowało kontakty seksualne mimo ryzyka nieplanowanej ciąży lub zakażenia się chorobą weneryczną. Wśród młodych dorosłych z badania grabowskiej [4], 41% kobiet oraz 34% mężczyzn regularnie nie korzysta z metod antykoncepcji. Aż 54% respondentów za każdym razem podczas kontaktów seksualnych nie korzystają z barierowych środków antykoncepcyjnych [4].

Z badań Maciejewskiej i Płaczkowicz [5], przeprowadzonych na temat edukacji seksualnej w kontekście promocji zdrowia wynika, że większość młodzieży poszukiwała informacji związanych z seksualnością w pewnych źródłach takich jak: rodzina, wychowawcy WDŻ a dopiero później Internet. Jest to ważnym aspektem, aby młodzi ludzie dostawali pakiet wiarygodnej wiedzy dzięki której będą wiedzieli jak uchronić się przed zakażeniem chorobą weneryczną.

Nie ma badań które skupiają się bezpośrednio na wiedzy na temat chorób przenoszonych drogą płciową oraz profilaktyki tych schorzeń wśród społeczności LGBTQ+. Jednak odnosząc wyniki do badań przeprowadzonych na młodych dorosłych przez Puszkarcz [6], można zauważyć iż wiedza wśród młodych osób na temat bezpiecznego seksu jest co raz większa. Osoby ze społeczności LGBTQ+ częściej posiadają większą wiedzę ponieważ szukając informacji na temat swoje „inności” trafiają na informacje związane z bezpiecznym seksem. W Polsce można zaobserwować pozytywną tendencję wzrostową jeżeli chodzi o organizacje zrzeszające, pomagające oraz edukujące osoby LGBTQ+. Są to na przykład Grupa Stonewall, Sxed.pl czy Fundacja Wiara i Tęcza.

Przed wieloma chorobami można się uchronić za pomocą szczepienia, również przed niektórymi chorobami przenoszonymi drogą płciową np. WZW typu A i typu B oraz wirus HPV. Większość ankietowanych odpowiedziała poprawnie bo aż 132 (66%) iż występuje możliwość szczepień od chorób przenoszonych drogą płciową, ale tylko na niektóre z nich. 52 (26%) twierdzi, że takiej możliwości nie ma. Jest to błędne stwierdzenie. 7% czyli 15 respondentów jest przekonana, że możliwość szczepienia występuje w przypadku wszystkich chorób. Wyniki te są podobne do uzyskanych w roku 2012 w której ankietowani podzieleni według płci wskazali odpowiednio: 54% kobiet i 26% mężczyzn odpowiedział iż istnieje

możliwość szczepień od chorób przenoszonych drogą płciową oraz jest to jedna z metod zapobiegania zarażenia się chorobami przenoszonymi podczas kontaktów seksualnych[7].

Aż 97% respondentów zadeklarowało, iż posiada wiedzę dotyczącą zachowań sprzyjających zarażeniu się chorobą weneryczną. Tylko 3% odpowiedziało, iż nie posiada takiej wiedzy. W innych badaniach przeprowadzonych wśród maturzystów subiektywnie ocenili oni swój poziom wiedzy na temat chorób wenerycznych następująco: 55% średni, 25% dobry, 9% bardzo dobry oraz 7% zły [7]. Warto zaznaczyć iż każdy brak w wiedzy na temat chorób przenoszonych drogą płciową jest warty analizy a następnie edukacji wśród społeczeństwa.

WNIOSKI

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wyciągnięcie następujących wniosków:

- Tylko 48% ankietowanych posiadało dostęp do edukacji seksualnej w okresie szkolnym.

- Większość ankietowanych (82%), posiadało wiedzę na temat chorób przenoszonych drogą płciową, 69% wiedziało również jakie działania prewencyjne można podjąć w celu zminimalizowania ryzyka zakażenia chorobą weneryczną.

- 97% respondentów posiadało wiedzę o zachowaniach sprzyjających zarażeniu się chorobami wenerycznymi, jednakże jednocześnie 35% badanych podejmowało zachowania ryzykowne przynajmniej raz w życiu.

- Respondenci posiadali wiedzę na temat dróg przenoszenia się chorób wenerycznych.

- 90 % ankietowanych posiadało wiedzę na temat HIV. Większość ankietowanych (92%) znała definicję wirusa HIV.

- Większość respondentów (85%) wiedziało, że przed niektórymi chorobami przenoszonymi drogą kontaktów seksualnych można ochronić się przyjmując szczepienie.

- Ponad połowa ankietowanych (55%) oceniła swoją wiedzę w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową jako przeciętną

- 95% osób z objętej badaniem grupy uznało, że istotnym jest prowadzeni edukacji seksualnej w szkołach.

PIŚMIENNICTWO

1. Tritt R.J.: Postawy dorosłych wobec homoseksualizmu i ocena poziomu wiedzy na temat chorób przenoszonych drogą płciową - część druga. *Annales Academiae Medicae Stetinensis* 2011; 57: 57-68.
2. Firląd – Burkacka E.: Choroby przenoszone drogą płciową. Krajowe Centrum ds. AIDS, Agenda Ministra Zdrowia, Warszawa 2014.
3. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018. World Health Organization; Geneva 2018.
4. Grabowska M.: Wychowanie seksualne a ryzykowne zachowania seksualne młodych dorosłych. *Rocznik Lubuski* 2014; 40(2): 177-191
5. Maciejewska J., Płaczekiewicz B.: Edukacja seksualna istotnym elementem promocji zdrowia młodzieży. *Społeczeństwo, Edukacja, Język* 2021; 14,2: 125-136.
6. Puszkarczyk I.: Ocena wiedzy na temat zagrożeń chorobami przenoszonymi drogą płciową w populacji młodych dorosłych wybranych regionów polski. Rozprawa doktorska, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Kielce 2019.
7. Olejniczak D., Wodzyńska K., Religioni U.: Wiedza uczniów klas maturalnych na temat chorób przenoszonych drogą płciową. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012; 20(3): 317-326.

Wybrane choroby przenoszone drogą płciową

Kacper Grzymała^{1,2}, Beata Kowalewska³

1. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku
2. Absolwent studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Na choroby przenoszone drogą płciową najczęściej chorują osoby młode w wieku od 15 – 30 lat i aktywne seksualnie, częściej mężczyźni niż kobiety. Ryzyko zakażenia rośnie wraz z liczbą partnerów seksualnych i z częstotliwością ich zmian. Istotną rolę odgrywają preferencje seksualne, do zakażeń częściej prowadzi kontakty homoseksualne i biseksualne, a także wybory rodzajów stosunków pachowych (urogenitalne, oralne i analne). Duże znaczenie przy szerzeniu się chorób przenoszonych drogą płciową odgrywają negatywne postawy pacjentów, którzy nie stosują się do zaleceń lekarskich, nie zgłaszają się na wyznaczone wizyty, odmawiają ujawnienia danych swoich partnerów, a nawet przerywają zupełnie leczenie [1].

Choroby przenoszone drogą płciową same w sobie stanowią podatny grunt do zakażenia kolejnymi chorobami, tak, że niejednokrotnie dochodzi w organizmie do współistnienia obok siebie STD. Przykładowo choroby przebiegające z obecnością owrzodzeń w obrębie narządów płciowych, zwłaszcza tych z ubytkami w skórze lub błonach śluzowych narządów moczowo – płciowych lub nasilony stan zapalny ze zwiększoną liczbą leukocytów, kilkakrotnie zwiększają ryzyko zarażenia wirusem HIV. Ryzyko zarażenia HIV wzrasta kilkakrotnie w przypadku zakażenia rzeżączką, chłymadiozą, czy wirusa opryszczki zwykłej. Współistnienie chorób przenoszonych drogą płciową może prowadzić do szeregu komplikacji zdrowotnych. Przykładowo koinfekcja HIV i *Treponemapallidum*, której obecność przyczynia się do transmisji wirusa HIV i obniżenia odporności, co z kolei sprzyja zakażeniu krętkiem białej, tak więc patogeny egzystujące w ciele człowieka niejako „pomagają sobie” wzajemnie [2].

W ostatnich latach znacznie wrastają zachorowania wywołane przez brodawczaka ludzkiego HPV o wysokim potencjale onkogennym, który powoduje raka inwazyjnego szyjki macicy. Wg danych z 2018 r. na całym świecie odnotowano 569 847 zachorowań na raka szyjki macicy. Najwięcej przypadków zachorowań odnotowano w krajach Azji, Afryki, następnie

Europy, Ameryki Łacińskiej, Karaibach, Ameryce Południowej i Oceanii. Kuracja lekami nie eliminuje wirusa z organizmu człowieka, a jedynie zmniejsza jego zakaźność. Najskuteczniejszymi formami zapobiegania tym wirusem są szczepienia i przesiewowe badania cytologiczne [3].

W ostatnich latach zwraca się uwagę na zakażenia bakteryjne przewodu pokarmowego, które są przenoszone drogą płciową, głównie poprzez stosunki oralne i analne, często spotykane w grupie mężczyzn uprawiających seks z innymi mężczyznami. Wywołane są najczęściej bakteriami *Shigellasonnei* i *Shigella flexneri*, rzadziej przez *Campylobacter jejuni* czy bakterie z rodzaju *Salmonella*. W obrazie klinicznym dominują biegunki, bóle brzucha, stany zapalne jelit i stany podgorączkowe. Wrastają także zakażenia wirusem wątroby typu A (HAV) zwłaszcza w grupie mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). W Stanach Zjednoczonych w latach 2016 – 2018 liczba zachorowań wzrosła aż o 294 % w porównaniu z latami 2013 – 2015. Wśród MSM coraz częściej zdarzają się także przypadki zakażenia owsicą wywołaną przez owsika ludzkiego. Objawia się to świądem odbytu, a rozdrapywane zmiany skórne prowadzą do kolejnych zakażeń innymi patogenami [3].

ROZWINIĘCIE

Epidemiologia chorób przenoszonych drogą płciową w Polsce i na świecie

Problem chorób przenoszonych drogą płciową jest poważny na obszarach objętych ubóstwem – w południowo - wschodniej Azji, Afryce, Ameryce Łacińskiej, Arabii Subsaharyjskiej, gdzie dotyka najczęściej osoby bezdomne świadczące usługi seksualne. Do powstania i rozprzestrzeniania się STD w tych krajach przyczynia się wczesne rozpoczęcie współżycia seksualnego, posiadanie wielu partnerów seksualnych, nieużywanie zabezpieczeń w postaci prezerwatywy oraz nadużywanie alkoholu i narkotyków prowadzących do zachowań ryzykownych [4]. Obecnie obszary centralnej i południowej Afryki oraz tereny południowo – wschodniej Azji są terenami o najwyższej zapadalności na kiłę. Najczęściej zarażeniu ulegają mężczyźni homoseksualni, narkomanii oraz osoby świadczące usługi seksualne i podejmujący przypadkowy seks [5].

W Arabii Subsaharyjskiej odnotowuje się najwyższe na świecie wskaźniki zakażenia HIV i zespołu nabytego niedoboru odporności AIDS. W 2017 r. W Republice Południowej Afryki zakażenia HIV i AIDS sięgały 7, 2mln, w Nigerii – 3,1 mln, Mozambiku – 2,1 mln, w Kenii – 1,5 mln, w Ugandzie – 1, 3 mln. Obecnie w regionie Zachodniej i Środkowej Afryki zakażonych jest prawie 800 000 dzieci i nastolatków. Z powodu niskiego poziomu leczenia kobiet w ciąży w tym regionie dochodzi do najwyższych na świecie, bo 20 %, zakażeń

Wybrane choroby przenoszone drogą płciową

wertykalnych. Zakażenia HIV są także jednym z głównych problemów zdrowia publicznego w Etiopii, w 2017 r. zakażonych było tam około 610 000 osób [6].

W krajach rozwijających się jest znacznie wyższa umieralność z powodu raka szyjki macicy, jednak brakuje na ten temat dokładnych badań, a sama choroba może rozprzestrzeniać się z powodu braku świadomości zagrożeń, badań przesiewowych oraz ze względu na niedostateczną dostępność szczepionki. Najgorsza sytuacja jest w Indiach, gdzie wg statystyk na raka szyjki macicy umiera ponad 2000 kobiet [7].

W Ameryce Łacińskiej przyczyną chorób przenoszonych drogą płciową są czynniki społeczno – kulturowe obejmujące nierówności płci i wykształcenia, np. w Chile 40 % kobiet boi się zakażenia HIV z powodu niewierności męża i braku stosowania prezerwatywy. Istotne znaczenie mają także nierówności społeczne w dostępie do opieki zdrowotnej oraz stygmatyzacja rdzennej ludności z powodu rasizmu oraz zakażenia HIV. Szacunkowe dane z 2017 r. wskazują, że najwięcej zakażeń HIV odnotowano w Meksyku (230 000), Kolumbii (150 000), Argentynie (120 000), Peru (72 000) i Chile (67 000). Natomiast naczynie mniej odnotuje się Ekwadorze (36 000), Boliwii (21 000), Paragwaju (20 000) i Urugwaju (13 000) [7].

W krajach rozwiniętych np. w USA, Kanadzie, Brazylii czy Australii wdrożono programy nadzoru nad STD, co nie znaczy, że dane są zupełnie doszacowane. Najnowszy trend w epidemiologii STD w tych krajach wskazuje na rosnące diagnozy zakażeń wśród mężczyzn mających seks z mężczyznami (MSM) głównie chorobami wirusowymi – opryszczką zwykłą i kłykciami kończystymi narządów płciowych i odbytu, a wśród zakażeń bakteryjnych dominują infekcje chlamydialne, kiła i rzeżączka. W krajach rozwiniętych choroby płciowe w dużej mierze wynikają z podróży do rejonów o dużej zachorowalności na STD i przygodnymi kontaktami płciowymi odbytymi w tym czasie. Odnotowane przypadki zachorowań dotyczą częściej młodych osób wieku 15 – 25 lat pochodzących z krajów Afrykańskich, z Karaibów, z Afryki Subsaharyjskiej[8].

Także w Europie choroby przenoszone drogą płciową są jednym z głównych problemów zdrowia publicznego. Duża zachorowalność na nie i ostre powikłania w postaci niepłodności i śmiertelności sprowokowały UE do potraktowania ich priorytetowo w polityce prozdrowotnej. W 2017 r. odnotowano 409 646 przypadków zakażeń chlamydiami, przy czym ponad połowa zgłaszanych przypadków pochodziła z Wielkiej Brytanii. Wysokie wskaźniki odnotowano także w Indiach, Danii, Norwegii i Szwecji i Finlandii. Najwięcej przypadków zachorowań odnotowano wśród osób młodych w wieku 15 – 24 lata, a główną drogą transmisji były kontakty heteroseksualne [9].

Wybrane choroby przenoszone drogą płciową

W krajach Europejskich już od 2010 r. znacznie wrasta także zachorowalność na kiłę. Np. w 2014 r. odnotowano w strukturach unijnych około 24 541 przypadków kiły i od tamtego czasu z roku na rok, liczba ta nieznacznie wrasta ze znacznym udziałem MSM[10].

W ostatnich latach w Europie wrosły również wskaźniki zachorowania na rzeżączkę. W tym przypadku także najczęściej zachorowań dotyczy osób wieku u 25-34 lata (38%) i 15-24 lata (36%). Najczęściej przypadki zachorowania dotyczą krajów Europy Północnej, a aż 51 % przypadków stanowią MSM [11].

W Europie stale rosną wskaźniki nowych zakażeń HIV i przypadków AIDS. Zakażenia są zróżnicowane terytorialnie. Pośród zakażeń odnotowanych w 2017 r. (159 420) aż 82 % pochodziło z Europy Wschodniej, z populacji mężczyzn w wieku 30 – 39 lat. Najczęstszymi drogami zakażeń HIV i AIDS są kontakty heteroseksualne, kontakty MSM, wstrzykiwanie narkotyków oraz zakażenia wertykalne, w przypadku 15 % nie udało się ustalić przyczyny. Niestety połowa zakażeń jest odnotowywana na etapie zaawansowanym, przez co leczenie jest późno wdrażane, a w międzyczasie cały czas dochodzi do rozprzestrzeniania się wirusa w populacji [12].

Narastające przypadki STD powodują, że Komisja Europejska skupia się na zwiększeniu wysiłków na rzecz poprawy zdrowia seksualnego. Jej przedstawiciele spotykają się młodzieżą i naukowcami, a tematem różów jest profilaktyka STD oraz doskonalenia gromadzenia danych i wymiany praktyk nadzoru oraz monitorowania chorób przenoszonych drogą płciową. Priorytetem UE w tym obszarze jest profilaktyka wśród osób młodych w postaci wczesnego rozpoczęcia edukacji seksualnej, włącznie rodziców i nauczycieli do szkoleń z zakresu zdrowia seksualnego, tak by młodzi podejmowali świadome decyzje na temat kontaktów seksualnych [3].

W Polsce zmiany społeczno - ustrojowe z końca XX w. przyczyniły się także do zmian obyczajowych, zwianych ze zwiększającym się liberalizmem, który znalazł odzwierciedlenie także w życiu seksualnym Polaków. Znacznie obniżył się wiek inicjacji seksualnej, która idzie w parze z użyciem substancji psychoaktywnych i brakiem należytego zabezpieczenia, co sprzyja rozprzestrzenianiu się chorób przenoszonych drogą płciową. W ciągu ostatnich dwóch dekad wrasta zachorowanie na kiłę wrodzoną i nabytą. Przyczyną tego jest wzrost migracji ludności, zwiększenie przygodnych kontaktów seksualnych, zaprzestanie wykonywania badań przesiewowych i zmniejszenie nadzoru epidemiologicznego. Dane epidemiologiczne są niepełne, gdyż nie zawsze lekarze dopełniają obowiązku zgłoszeń zakażenia, a chorzy nie zawsze ujawniają dane partnerów oraz nie informują ich o konieczności badania i diagnozowania [13].

Wybrane choroby przenoszone drogą płciową

W 2018 r w Polsce zdiagnozowano 1593 przypadki kiły. Najwięcej przypadków odnotowano w województwie mazowieckim, wielkopolskim, opolskim i łódzkim. Najwięcej zakażeń odnotowano wśród populacji młodych (30 – 34 lata) mężczyzn. Zdążają się pojedyncze przypadki kiły wrodzonej, w 2017 r. odnotowano takich przypadków [14].

W 2017 w Polsce odnotowano 321 przypadków rzeżączki, przy czym zachorowalność była 12 krotnie wyższa wśród mężczyzn. W ostatnich latach następuje zwiększenie odporności patogenów rzeżączki *Neisseria gonorrhoeae* na farmakologię, co znacznie utrudnia leczenie [15].

Częstość zachorowań chlamydialnych u osób z chorobami przenoszonymi drogą płciową wynosi 20 – 40 %, jednak należy pamiętać, że te zakażenia w aż 80 % przypadków przebiegają bezobjawowo, do tego nie wszyscy pacjenci chętnie dane dotyczące życia seksualnego, co fałszuje obraz epidemiologiczny. Choroby te diagnozowane są najczęściej u osób w wieku 20 – 39 lat, w większości kobiet mieszkających w miastach. W 2017 r. zanotowano 258 przypadków zakażeń wywołanych przez chlamydie [16].

W Polsce rak szyjki macicy to drugi po raku piersi, pod względem występowania, nowotwór złośliwy wśród młodych polskich kobiet w wieku 20 – 44 lat. Jednak od lat 80 XX wieku spada w Polsce zachorowalność i umieralność z powodu raka szyjki macicy, jednakże mimo tendencji malejących, nadal w Polsce umieralność z powodu nowotworu szyjki macicy jest o 70 % wyższa niż przeciętna dla krajów UE i wynosi - zapadalność (18/100 000 kobiet) i umieralność (7,8/100 000 kobiet) na raka szyjki macicy [17].

W kraju obserwuje się nowo rozpoznawalne zakażenia HIV. Od czasu wdrożenia w 1985 r. nadzoru epidemiologicznego do końca roku 2018 odnotowano zakażenia u 23 931 osób, 3 667 zachorowań na AIDS oraz 1 411 zgonów osób z rozpoznaniem AIDS oraz 1275 nowych zakażeń HIV. W około połowie odnotowanych zakażeń nie udało się ustalić przyczyny, w pozostałych przypadkach były to kontakty seksualne, zażywanie narkotyków oraz kontakty seksualne między mężczyznami. W Polskich placówkach ochrony zdrowia, w porównaniu do krajów UE, wykonuje się najmniejszą liczbę badań przesiewowych w kierunku zakażenia HIV (1/10 średniej unijnej). Sytuacja jest o tyle trudna, że nowe zakażenia wykrywane są głównie w stadium AIDS, co znacznie pogarsza ich rokowanie [18].

Choroby przenoszone drogą płciową obraz kliniczny oraz mechanizm transmisji

Kiła

Kiła (Lues, Syphilis) jest chorobą przenoszoną głównie drogą płciową. Wywołuje ją bakteria Gram – ujemna – krętek blady (*Treponemapallidum*). Do zakażenia może dojść poprzez uszkodzoną skórę i uszkodzone błony śluzowe, co ma miejsce podczas stosunków seksualnych z osobą zakażoną oraz bezpośrednio przez krwiobiegi, co ma miejsce, gdy kiła przechodzi z ciężarnej matki na płód. Przebieg kiły jest wieloletni, przeplatają się w nim objawowe i bezobjawowe okresy [19].

Przebieg kiły dzieli się na dwa okresy – kiłę wczesną i kiłę późną. Przyjmuje się, że kiła wczesna trwa 2 lata od zakażenia, dzieli się na kiłę objawową wczesną, która obejmuje dwa okresy – kiłę I okresu i kiłę II okresu, oraz kiłę wczesną utajoną. Kiła późna (III okresu) liczona jest powyżej 2 lat od zakażenia i trwa wiele lat. Dzieli się na kiłę objawową późną, która pojawia się po kilkunastu latach od zakażenia, a zmiany chorobowe mogą wystąpić w każdym narządzie i układzie np. w płucach, wątrobie, nerkach, układzie nerwowym i kostnym oraz na kiłę utajoną późną, której bezobjawowe zakażenie trwa dłużej niż 2 lata [20].

Kiła I okresu charakteryzuje się przede wszystkim owrzodzeniem, które powstaje w miejscu wtargnięcia krętków białych po 3 – 5 tyg. od zakażenia. Zmiany najczęściej są pojedyncze, o średnicy kilkunastu milimetrów, okrągłe lub owalne, niebolesne, bez cech zapalnych, a ustępują samoistnie bez pozostawiania blizn. Najczęściej pojawiają się na narządach płciowych, śluzówkach jamy ustnej, języku i migdałkach. Może dojść do powiększenia okolicznych węzłów chłonnych [20].

Kiła pierwszego okresu może u mężczyzn pozostawić po sobie powikłania w postaci stulejki, załupka, czyli niemożności sprowadzenia z powrotem napletka na żołądź prącia, zadzierzgnięcia, czyli zacieśnienia okrężnego prącia przez nieodprowadzany napletek ze zwężonym ujściem, a nawet martwicy żołądź. W przypadku zarówno kobiet, jak i mężczyzn może dojść do obrzęku stwardniałego narządów płciowych, wysiewu zmian skórnych i niebezpiecznych zatorów krętkowych w naczyniach chłonnych i limfatycznych [20].

Zakaźność kiły jest największa w II okresie choroby, czyli w 9-16 tygodniu od zakażenia. W okresie II następuje nasilonie bakteriemia, dominują osutki – wczesna i nawrotna. Osutka wczesna jest krótkotrwała, ułożona symetrycznie, zazwyczaj jednopostaciowa, tzn., że występują plamki albo grudki, może być rozległa, powierzchowna i ustępuje bez pozostawienia śladów. Natomiast osutka nawrotna występuje po 4 - 12 miesiącach. Jest wielopostaciowa tzn., że występują plamy, krostki i grudki, jest mniej obfita ułożona niesymetrycznie i trwa do kilku tygodni. Może pozostawić po sobie drobne blizny i przebarwienia [19].

Wybrane choroby przenoszone drogą płciową

Objawem kiły nawrotowej jest także bielactwo kiłowe, które pojawia się po 6 miesiącach od zakażenia oraz łysienie kiłowe, które pojawia się w 3 – 4 miesiącu po zakażeniu. W tym okresie dochodzi także do zmian narządowych charakteryzujących się wzrostem fosfatazy zasadowej i aminotransferazy alaninowej. np. śródmiąższowego zapalenia wątroby, nefropatii kiłowej przebiegającej z przejściowym białkomoczem oraz zmian stawowych wraz z bólem i wysiękiem. W obrębie narządu wrogu może dojść do zapalenia twardówki, tęczówki, siatkówki lub zapalenia nerwu wzrokowego. Krętki blade mogą zakazić układ nerwowy już w I okresie kiły, w okresie II mogą wystąpić zmiany w płynie mózgowo – rdzeniowym. Kiła układu nerwowego może dawać objawy zapalenia opon mózgowych [19,20].

Kiła późna (III okresu) obecnie występuje bardzo rzadko, dotyczy osób, które nie były wcześniej leczone lub były leczone niedostatecznie. Zmiany w tym okresie rozwijają się powoli i mogą występować w każdym narządzie. Kiła może przyjąć postać:

- kiły kilakowej z guzami, twardymi naciekami, owrzodzeniami, które mogą zająć skórę, szczególnie w miejscach, gdzie przylega ona do kości,
- kiły sercowo – naczyniowej z tętniakiem tętnicy głównej i zmianami na zastawkach półksiężycowatych aorty,
- kiły narządów wewnętrznych – płuc, wątroby, kości, zwłaszcza długich i płaskich np. mostków i czaszki,
- kiły układu nerwowego, gdy krętki blade dostaną się do opon mózgowych i powodują zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN), co jest możliwe już w I i II okresie choroby [20].

Nieleczenie lub niedostateczne leczenie kiły może przyjąć trzy warianty zakażenia OUN. Może ono ulec samoistnym wygaśnięciu procesu chorobowego, może rozwinąć się w bezobjawowe zapalenie opon mózgowych lub w ich objawowe ostre zapalenie. Kiła układu nerwowego może przyjąć postać:

- Kiły bezobjawowej układu nerwowego, gdzie rozpoznanie następuje na podstawie dodatkich wyników badań.
- Kiły oponowej, która objawia się bólami głowy, sztywnością karku, stanami podgorączkowymi, czasami nudnościami i wymiotami. Może dojść również do napadów padaczkowych i porażenia nerwów czaszkowych.
- Kiły oponowo – naczyniowej, która może objąć wszystkie struktury mózgu, w trakcie przewlekłego zapalenia mózgu dochodzi do porażenia, niedowładów połowicznych, napadów padaczkowych i afazji [19,20].

We wszystkich okresach kiła może przebiegać także bezobjawowo. Taki rodzaj kiły cechuje się znaczną zakaźnością, która wygasa w miarę upływu lat choroby, tak więc najmniejsza jest w okresie późnym [19,20].

Rzeżączka

Rzeżączka wywołana jest przez Gram – ujemną bakterię dwoinki rzeżączki (łac. *Neisseria gonorrhoeae*) zwaną gonokokiem. Do zakażenia rzeżączką najczęściej dochodzi podczas kontaktu seksualnego z osobą zakażoną (kontakt genitalna – genitalny, genitalna – analny, oralna – genitalny i oralna – analny). Zakażenie przenosi się w wyniku kontaktu wydzieliny jednej błony śluzowej z drugą. W zależności od drogi przeniesienia zakażenia, może się zlokalizować na błonach śluzowych cewki moczowej u mężczyzn, szyjki macicy i cewki moczowej u kobiet oraz na błonach odbytnicy i błonach śluzówki gardła zarówno u kobiet jak i mężczyzn. Znane są przypadki gonokokowego zapalenia spojówek, czyli zakażenia błony śluzowej spojówek przy transmisji zakażenia z okolic układu moczowo – płciowego u osób dorosłych [21].

Okres wylegania rzeżączki jest krótszy u mężczyzn niż u kobiet i wynosi od 3 – 6 dni, chociaż czasami może trwać dłużej. Najczęściej objawy mają stony przebieg, dlatego łatwiej jest rozpoznać chorobę u mężczyzn. U kobiet choroba wylega się przez 7 – 14 dni od zakażenia i najczęściej ma przebieg bezobjawowy lub skąpo objawowo, co utrudnia jej rozpoznanie. Szacuje się, że u 80 % kobiet i 10 % mężczyzn zakażenie rzeżączką może przebiegać bezobjawowo. Tylko 20 % kobiet zgłasza się do lekarza w okresie ostrego zapalenia, a najczęściej rzeżączkę rozpoznaje się przypadkowo podczas wizyty u ginekologa z innych powodów [21].

Objawy rzeżączki związane są z drogą transmisji zakażenia i miejscem wniknięcia bakterii do organizmu. U mężczyzn najczęściej pojawia się gęsty ropny wyciek z cewki moczowej, pieczenie i ból przy oddawaniu moczu oraz bolesne wzwody prącia. Nieleczone zapalenie może prowadzić do zapalenia najądrzy, które objawia się bólem, złym samopoczuciem, temperaturą 39 – 40°C, natomiast nieleczone może spowodować niedrożność przewodów nasiennych i niepłodności. Rzeżączkowe zapalenie gruczołu krokowego objawia się bólem w kroczu, zaburzeniami oddawania moczu i stolca, gorączką dochodzącą nawet do 40°C. Powikłanie rzeżączki może prowadzić do zapalenia gruczołów Tysona, które znajdują się na wewnętrznej blaszce napletka i w okolicy wędzidełka, co najczęściej towarzyszy rzeżączkowemu zakażeniu cewki moczowej [21].

Wybrane choroby przenoszone drogą płciową

U kobiet zakażenie rzeżączką dotyczy najczęściej błony śluzowej cewki moczowej, szyjki macicy i gruczołów Bartholina. Najczęściej objawia się śluzowo – ropną wydzieliną z dróg rodnych, pieczeniem i bolesnością przy oddawaniu moczu, zaczerwienieniem i obrzękiem tarczy macicy, bólami podbrzusza, upławami, zaburzeniami cyklu miesięczkowego, głównie krwawieniem między miesiączkami lub zbyt obfitą i przedłużającą się miesiączką. Nielezione zapalenie może doprowadzić do stanów zapalnych błony śluzowej macicy, jajowodów i jajników, natomiast konsekwencją przewlekłego zapalenia przydatków może być ciąża pozamaciczna lub niepłodność. Powikłaniem może być także rzeżączkowe zapalenie pochwy i sromu, które objawia się pieczeniem, bolesnością sromu i przedsiönka pochwy. Wargi sromowe są zaczerwienione, obrzęknięte i pokryte nadżerkami, na ścianach pochwy gromadzi się ropna wydzielina [21].

Zarówno u kobiet jak i mężczyzn może dojść do rzeżączkowego zapalenia odbytnicy, co najczęściej jest wynikiem stosunków analnych. Najczęściej zakażenie to przebiega bezobjawowo, czasami pojawia się wydzielina z odbytu i bolesność tej okolicy. Rzeżączkowe zapalenie gardła także najczęściej przebiega bezobjawowo, jednak może pojawić się mogą wystąpić zaczerwienienia, obrzęki łuków podniebiennych i tylnej ściany gardła oraz ropna wydzielina. Mogą powiększyć się węzły chłonne szyjne i podżuchwowe, a także pojawić się stany podgorączkowe. Rzeżączkowe zapalenia oka najczęściej dotyczy jednego oka, a objawia się niewielkim podrażnieniem spojówek, ropną wydzieliną z worka spojówkowego oraz bólem i pieczeniem [21].

U obu płci nieleczona rzeżączka może prowadzić do powikłań w postaci:

- Rozsianego zakażenia rzeżączkowego, które występuje stosunkowo rzadko bo w 0,5% do 3% przypadków. Jest ono najczęściej następstwem posocznicy gonokokowej, w której dwoinki rzeżączki przedostają się do krwi i mogą zakażać narządy wewnętrzne.
- Zespołu stawowo – skórno, który jest kliniczną formą rozsianego zakażenia rzeżączkowego, a dotyczy skóry i stawów, objawia się bólem i stanami zapalnymi stawów kolanowych, skokowych, nadgarstkowych i śródreżne – palcowych. Zmiany skórne występują u 50–75% przypadków zakażenia rzeżączkowego. Najczęściej występują jako wykwity plamiste, grudkowe i krwotoczne lokujące się na dystalnych częściach kończyn w okolicach stawowych.
- Zapalenia mięśnia sercowego lub opon mózgowo-rdzeniowych
- Niepłodności [19].

Chlamydia

Chlamydie są Gram – ujemnymi, tlenowymi, obligatoryjnymi wewnątrzkomórkowymi patogenami. Obecnie do tego gatunku zalicza się kilka szczepów bakterii, właściwą ze względu na tematykę pracy jest Chlamydia trachomatis o typie serologicznym A – C i D-K. Są to bakterie o kolistym kształcie i wielkości 0,2 – 1,5 m. Bakterie są przenoszone drogą płciową. Powodują zapalenie spojówek, zapalenia układu moczowo – płciowego, a u noworodków zapalenie płuc (typ serologiczny D – K), oraz jaglicę, która może spowodować ograniczenie pola widzenia a nawet całkowitą utratę wzroku (typ serologiczny A – C) [19].

Chlamydia trachomatis przechodzi unikalny, dwufazowy cykl rozwojowy, który trwa 48 – 72 godz., a odznacza się istnieniem dwóch form morfologicznych. Podczas fazy pierwszej tj. infekcyjnej formują się ciała elementarne, które wiąże się z komórką gospodarza. Jest metabolicznie nieczynne, posiada błonę komórkową, która pozwala mu przetrwać przez pewien czas poza komórką żywiciela. Takie bakterie nie podlegają replikacji. Ciała elementarne przedostają się do komórek ludzkiego organizmu, gdzie przemieniają się w ciała siateczkowate, które nie posiadają błony komórkowej, przypominają mikoplazmy i spotykane jest wyłącznie wewnątrzkomórkowo. Na tym etapie bakterie mają już zdolność namnażania się poprzez podział. Pod koniec okresu replikacji bakterie ponownie przyjmują postać elementarną i są uwalniane z komórki, co może zapoczątkować nowy cykl zakażenia [22].

U kobiet bakterie początkowo infekują szyjkę macicy i cewkę moczową. Mogą pojawić się objawy zapalenia szyjki macicy, np. w postaci śluzowo – ropnej wydzieliny, czy w postaci łatwo indukowanego krwawienia oraz zapalenia cewki moczowej w postaci ropomoczu, bolesnego oddawania moczu, czy zwiększonej częstotliwości jego oddawania. Jednakże u kobiet w większości przypadków infekcja przebiega bezobjawowo, co może prowadzić do zapalenia narządów miednicy mniejszej, które niezdiagnozowane i nieleczone może skutkować ciążą pozamaciczną, bezpłodnością lub zespołem przewlekłego bólu narządów miednicy [22].

U mężczyzn zakażenie Chlamydią objawia się najczęściej objawami zapalenia cewki moczowej, m.in. wydzieliną z cewki moczowej i bolesnym oddawaniem moczu. U niewielkiego odsetka zakażonych mężczyzn pojawia się zapalenie gruczołu krokowego i najądrza, z objawowym zapaleniem cewki moczowej lub bez niego, które objawia się jednostronnym bólem jądra oraz tkliwością i obrzękiem w okolicy moszny. Zakażenie Chlamydią może powodować niepłodność na skutek zaburzenia budowy i funkcji plemników lub w wyniku indukowania odpowiedzi immunologicznej prowadzącej do wytwarzania autoprzeciwciał przeciw plemnikom [22].

Bakterie Chlamydia mogą powodować także zapalenie odbytu, do którego może dojść podczas seksu analnego, lub poprzez rozprzestrzenianie się infekcji z narządów płciowych. Infekcje odbytu mogą pojawić się zarówno u kobiet jak i mężczyzn, mogą przebiegać bezobjawowo, a mogą także powodować objawy zapalenia odbytnicy czyli ból, wydzielinę i krwawienie z odbytu [22].

Chlamydię można znaleźć w gardłach kobiet i mężczyzn uprawiających seks oralny z zakażonym partnerem. W tym wypadku infekcja jest zazwyczaj bezobjawowa i nie powoduje zapalenia gardła [22].

Nabyte drogą płciową chlamydiowe zapalenie spojówek może wystąpić u kobiet i mężczyzn w wyniku kontaktu z zakażonymi wydzielinami narządów płciowych, np. przez zanieczyszczone palce czy używanie wspólnych ręczników. Nieleczona infekcja może doprowadzić do przewlekłego zapalenia spojówek, które może trwać nawet wiele miesięcy [22].

Niektóre szczepy Chlamydia trachomatis powodują ziarnicę weneryczną pachwin. Od kilku do kilkunastu dni od zakażenia w miejscu wniknięcia bakterii np. na napletku czy żołądki u mężczyzn, wargach sromowych i ścianie pochwy u kobiet lub w obrębie odbytu powstaje niewielkie owrzodzenie, płodu. Istnieje także niebezpieczeństwo wertykalnego przekazania bakterii podczas porodu i spowodowanie u płodu zapalenia spojówek oraz płuc [22].

Grzybica narządów płciowych

Grzybicę narządów płciowych najczęściej wywołuje Candida albicans (85– 90% zakażeń). Także inne gatunki Candida mogą wywoływać także Candida glabrata, krusei, tropicalis, czy parapsilosis oraz inne grzyby np. Saccharomyces i Geotrichum sp. Grzyby drożdżopodobne wywołują kilka chorób w obrębie narządów płciowych. U kobiet jest to najczęściej zapalenie pochwy, (szacuje się, że ok. 70 % kobiet przechodzi chorobę przynajmniej raz w życiu), a u mężczyzn zapalenie żołądki i napletka [19].

Kandydoza może mieć przebieg ostry lub przewlekły. Najczęstszymi objawami klinicznymi są świąt sromu, serowate (białe lub kremowe) upławy, które u kobiet ciężarnych są bardzo obfite, bolesność, uczucie pieczenie i palenia w obrębie sromu, pieczenie przy dodawaniu moczu, zaczerwienienie i obrzęk warg sromowych. Zmiany chorobowe mogą lokalizować się także na tylnej ścianie gardła, języku, podniebieniu i w kąciakach ust. U osób dorosłych mających kontakty seksualne zmiany chorobowe mogą stanowić wrota dla zakażenia innymi drobnoustrojami [19].

Wybrane choroby przenoszone drogą płciową

Candida może powodować zakażenia okołoporodowe u noworodków, najczęściej w postaci zakażenia jamy ustnej, a także infekować płód rozwijający się w łonie matki. Powikłaniami grzybicy przechodzonej w czasie ciąży mogą być np. poronienie, przedwczesne odpływanie płynu owodniowego, poród przedwczesny, zahamowanie wewnątrzmacicznego rozwoju płodu, zakażenie błon płodowych, odmiedniczkowe zapalenie nerek, infekcja wewnątrzmaciczna, zakażenie połogowe a nawet sepsę [19].

Do niedawna dominował pogląd, że infekcja pochwy jest chorobą niewygodną, ale chorobą błahą, która nie powoduje poważnych skutków zdrowotnych. Teraz wiemy, że konsekwencje mogą być poważne – od pogorszenia jakości życia, tymczasowy dyskomfort, poprzez powikłania infekcyjne po operacjach ginekologicznych, a nawet stany zagrożenia życia w przypadku sepsy u pacjentek oddziału intensywnej terapii [23].

Grzybica narządów płciowych jest przenoszona drogą płciową, jednak może się rozwinąć pod wpływem wielu innych czynników niż zakażenie podczas kontaktu seksualnego. Przyczyną zakażeń wywołanych przez *C. albicans* jest bowiem, upośledzenie funkcji układu immunologicznego oraz zakłócenie równowagi w składzie mikroflory organizmu ludzkiego [23].

Do rozwoju grzybicy narządów płciowych predysponują:

- zamiany statusu hormonalnego organizmu np. okres rozrodczy, cykl płciowy, ciąża, połóg,
- schorzenia endokrynologiczne np. niekontrolowane lub źle prowadzona cukrzyca lub choroba Cushinga,
- błędy dietetyczne w postaci nadmiaru cukrów rafinowanych słodczy, soków i jogurtów,
- zaburzenia odporności np. AIDS, sterydoterapia,
- patologie w obrębie żeńskiego narządu płciowego np. bakteryjne zapalenie pochwy,
- zabiegi chirurgiczne w obrębie narządu rodniego, np. stan po wycięciu macicy,
- nawyki higieniczne, np. irygacje, przesadna dbałość o higienę sromu, dobrze dopasowana nieprzewiewna bielizna z włókien syntetycznych
- aktywność seksualne, wczesne rozpoczęcie współżycia, ryzykowne zachowania seksualne, współżycie w okresie miesiączkowym, seks oralno – genitalny, seks analny, lubrykanty,
- antybiotykoterapia,
- wiek poniżej 40 r.ż.
- czynniki genetyczne – rasa czarna, grupa krwi ABO – Lewis o fonotypie nie wydzielającym niektórych klas immunoglobulin,
- inne czynniki takie jak np. niedobór żelaza, podrażnienia chemiczne, atopia, odczyny alergiczne i uczulenia na środki higieny osobistej [23].

Grzybicze zapalenie pochwy u kobiet po menopauzie występuje trzykrotnie częściej niż w okresie reprodukcyjnym, co może być związane ze stosowaniem hormonalnej terapii zastępczej [23].

W przypadku grzybicy narządów płciowych należy pamiętać o higienie osobistej, o leczeniu partnerów seksualnych, nieużywaniu wspólnych ręczników i przyrządów toaletowych. Osoby z czynnymi, sączącymi się zmianami chorobowymi nie powinny korzystać z basenów, sauny i siłowni [23].

Kłykciny kończyste (HPV)

Obecnie rozróżnia się ponad 200 typów wirusa brodawczaka ludzkiego HPV, z czego ok. 40 zakaża preferencyjnie śluzówkę i skórę narządów płciowych. Dzielią się one na dwie grupy:

- Niskoonkogenne, które są odpowiedzialne za łagodny rozrosty naskórka i błon śluzowych, jednak nieleczone zmiany mogą powodować rozwój zmian przednowotworowych. To właśnie wirusy z tej grupy powodują powstanie kłykciny kończyste. Są to najczęściej typy wirusa 6 i 11.
- Wysokoonkogenne, które odgrywają istotną rolę w powstawaniu raka szyjki macicy, pochwy, sromu, prąci i odbytu. Są to głównie typy HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 [19].

Do zarażenia wirusem brodawczaka ludzkiego najczęściej dochodzi drogą płciową, w wyniku kontaktów seksualnych genitalno – genitalnych, ale wirus przenosi się także przez kontakty manualno – genitalne i oralno – genitalne. W przypadku stosunków orogenitalnych kłykciny mogą zlokalizować się na łukach podniebiennych, języku i w kącikach ust. Do zakażenia może dojść drogą wertykalną, wewnątrzmaciczną, gdyż wirus może przejść z matki na dziecko i okołoporodową, w rzadkich przypadkach do zakażenia dochodzi przez palce rąk czy przedmioty [19, 24].

Po zarażeniu kłykciny (brodawki płciowe) wylęgają się średnio w przeciągu 3 miesiące. Kłykciny kończyste są grudkami przyrosłymi do typu brodawek o konsystencji miękkiej, białe – szarych lub różowych, wydłużonych, nitkowatych, często uszypułowanych, które mogą być pojedyncze lub mnogie. Długo trwające zmiany chorobowe tworzą rozległe zlewające się zmiany chorobowe o kalafiorowatej i groniastej powierzchni [19,24].

Często zakażenie ma charakter przejściowy, samoograniczający się, pozostaje w fazie utajonej, nie powodując objawów klinicznych [19,24].

Kłykciny kończyste najczęściej zlokalizowane są u kobiet na wargach sromowych, okolice cewki moczowej, szyjce macicy i odbycie, natomiast u mężczyzn na prąciu, żołędzi,

Wybrane choroby przenoszone drogą płciową

okolicach wędzidełka, ujściu cewki moczowej, wewnętrznej powierzchni napletka i okolicach odbytu [19,24].

Oprócz opisanych wyżej rodzajów kłykcin różni się także:

- Kłykciny Olbrzymie (Buschkego – Lowensteina), wywoływane przez wirusy typu HPV 6 i HPV – 11. Są one uważane za postać raka brodawkowego. Są bardzo duże, brodawkujące, grzybiasto – kalafiorowate, charakteryzują się wieloletnim wzrostem oraz miejscowym naciekaniami podścieliska [19,24].
- Grudkowatość Bowenoidalna (BowenoidPaulosis). Jest wielogniskową barwnikową chorobą wywołaną przez wysokogenne wirusy HPV – 16, 33, 34. Zmiany skórne mają charakter grudek o średnicy kilku milimetrów, gładkiej powierzchni i zabarwieniu brunatnym. U kobiet zlokalizowane są na wargach sromowych, w fałdach pachwinowych i w okolicy odbytu, natomiast u mężczyzn głównie na żołędzi. Kobiety z BowenoidPaulosis lub partnerki mężczyzn z tą chorobą stanowią grupę specjalnego ryzyka rozwoju raka szyjki macicy.
- Choroba Bowena (ErytoplazjaQueyrata) wywołana jest także przez HPV 16, 33, 34, jednakże jest to nieco inna choroba. Występuje u osób po 60 r.ż., a zmiany chorobowe lokalizują się na narządach płciowych przyjmując postać blaszkowatych, czerwonych, dobrze odgraniczonych ognisk. Choroba charakteryzuje się powolnym, wieloletnim wzrostem. Nie ustępuje samoistnie i zaliczana jest do grupy rozwoju zmian nowotworowych [19,24].

Głównym celem leczenia kłykcin kończystych jest usunięcie zmian skórnych, żadna z terapii nie eliminuje wirusa HPV. Mimo prawidłowego i starannego leczenia brodawki płciowe mogą wrócić. Przetrwale zakażenie jest najważniejszym czynnikiem rozwoju raka szyjki macicy (RSM). Profilaktyka zakażeń HPV obejmuje obok redukcji partnerów seksualnych do długotrwałego monogamicznego związku z jedną zdrową osobą i konsekwentnym prawidłowym używaniem prezerwatyw także szczepienia przeciwko HPV. Wprowadzono szczepienia przeciw HPV u obu płci, które należy przyjąć od 9 r. ż. optymalnie przed ekspozycją na zakażenia HPV. Szczepienie pacjentek dorosłych, aktywnych seksualnie należy poprzedzić badaniem ginekologicznym oraz cytologią by wykluczyć zmiany na szyjce macicy. Szczepienia chronią przed nowotworami szyjki macicy, raka sromu i pochwy, raka prąci i nowotworami odbytu, poza tym niektóre rodzaje szczepień stanowią także zabezpieczenie przed kłykcinami kończystymi [25].

WZW typu B

WZW typu B jest zakaźną chorobą wywołaną przez HBV – hepatotropowy wirus DNA należący do rodziny Hepadnaviridae. Na otoczce wirusa znajduje się HBsAg (antygen powierzchniowy HBV), który odpowiada za jego silną immunogenność. Do zakażenia dochodzi podczas przeniesienia z człowieka na człowieka płynów ustrojowych poprzez stosunki seksualne bez zabezpieczenia, drogą wertykalną z matki na płód, podczas przetaczania krwi i preparatów krwiopodobnych, przypadkowego lub świadomego przerywania ciągłości tkanek przez zakażone igły, co ma miejsce np. w przypadku ukłucia się przez personel medyczny, stosowania wielorazowego sprzętu przez narkomanów, akupunktury czy tatuaży [26].

Zakażenie WZW B może przebiegać ostro lub przewlekłe. Ostre zapalenie początkowo przebiega podobnie jak grypa. Chorzy skarżą się na ogólne osłabienie, stany podgorączkowe, bóle mięśni i stawów, brak apetytu, nudności, a nawet wymioty, uczucie rozpierania w prawym podżebrzu, powiększenie wątroby i ściemnioną barwą moczu. Na tym etapie ostre zapalenie WZW B często bywa mylone z grypą, zatruciem pokarmowym, chorobą wrzodową, czy zapaleniem trzustki. Diagnoza jest łatwiejsza, gdy chory ma zażółcone powłoki skórne i białka oczu. Najbardziej niepokojące objawy to skaza krwotoczna, która przebiega np. pod postacią pojawienia się krwawienia z dziąseł lub encefalopatia/śpiączka wątrobowa. Objawy te sugerują przejście ostrego WZW w fazę piorunującą (hepatitis fulminans), która wskazuje na ostrą niewydolność wątroby, która źle rokuje mimo intensywnego leczenia łącznie z przeszczepieniem wątroby. Śmiertelność w takim wypadku wynosi 80 % [26].

Ostre zapalenie HBV występuje w ok. 25 % zakażeń. Kończy się ono najczęściej pełnym powrotem do zdrowia. W 10 % przypadków przechodzi ono w stan przewlekły, natomiast w przypadku chorych dzieci procent ten sięga 90 %. Przewlekłe WZW B może przebiegać przez wiele lat bezobjawowo. Jeśli już daje objawy to są niecharakterystyczne, np. uczucie rozpierania w prawym podżebrzu, brak apetytu i osłabienie. Długotrwały proces zapalny, w którym dochodzi do martwicy, włóknienia i nieprawidłowej regeneracji wątroby prowadzi do rozwoju marskości wątroby. Czasami dopiero wystąpienie odległych następstw przewlekłego WZW i objawy dekompensacji funkcji wątroby pozwala rozpoznać zakażenie [26].

AIDS

Zespół nabytego niedoboru (upośledzenia) odporności – Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) wywołuje wirus nabytego niedoboru (upośledzenia) odporności – Human Immunodeficiency Virus – HIV. Jest on zaliczany do rodziny retrowirusów z rodzaju lentiwirusów. Wirus HIV ma charakterystyczną budowę, cechuje się kolistym kształtem i średnicą wynoszącą ok. 100 nm. Jego zewnętrzną warstwę stanowi otoczka lipoproteinowa z zakotwiczonymi glikoproteinami. W środku cząsteczki można wyróżnić materiał genetyczny (dwie nici RNA), który jest otoczony kapsydem [27].

Wirusem HIV można się zarazić poprzez kontakty seksualne, poprzez krew, co związane jest najczęściej z naruszeniem ciągłości tkanek najczęściej z podawaniem narkotyku drogą dożylną, wertykalnie od zakażonej matki na jej dziecko podczas ciąży, porodu i karmienia piersią. Ryzyko zakażenia HIV jest większe dla kobiet niż dla mężczyzn, zwiększa się w przypadku zmian nadżerkowych i wysiękowych na śluzówkach jamy ustnej i narządach płciowych [27].

HIV stwierdza się w różnych wydzielinach i wydalinach organizmu. Najbardziej zarażona jest krew, ale także zakaźne płyny ustrojowe – nasienie, wydzielina z pochwy i inne płyny ustrojowe z domieszką krwi. Płyny takie jak opucny, otrzewny, osierdziowy, owodniowy i mózgowo-rdzeniowy mogą stanowić potencjalne zagrożenie podczas ekspozycji zawodowych pracowników ochrony zdrowia [27].

Natomiast wydzieliny i wydaliny ustrojowe takie jak ślina, łzy, pot, mocz, kał, wydzielina z nosa, czy wymiociny nie stanowią możliwości zakażenia HIV, dlatego nie jest możliwe przeniesienie wirusa na osoby zdrowe podczas codziennych kontaktów domowych, np. poprzez wspólne ręczniki, pościelenie, dotyk, pocałunek. Ślina nie jest materiałem zakaźnym, jednakże, gdy znajduje się w niej krew z powodu uszkodzenia błon śluzowych, w takiej sytuacji może dojść do zakażenia. Wirus HIV nie można przejąć od zwierząt, ani nawet owadów krwiopijnych np. komarów [27].

Początek zakażenia wirusem HIV jest bezobjawowy, pierwsze zmiany pojawiają się po 3 – 4 tygodniach od zakażenia. Najpierw dochodzi do tzw. zespołu mononukleozopodobnego przy którym występuje gorączka, osutka plamista lub plamisto – grudkowa, powiększenie obwodowych węzłów chłonnych, wątroby, śledziony i zapalenia gardła. Pierwsze objawy trwają zazwyczaj 2 – 4 tygodni. W tym czasie obserwuje się wysokie poziomy wirusii HIV i spadek liczby limfocytów CD4 [27].

Po pierwszej ostrej fazie zakażenia w organizmie wytwarza się równowaga między HIV a układem odpornościowym. Spada wirusii HIV, wzrasta liczba limfocytów CD4, nie

występują objawy choroby. Cały czas w organizmie utrzymuje się stan przewlekłej stymulacji immunologicznej i postępującego obniżenia poziomu limfocytów CD4 [27].

Objawy kliniczne pojawiają się od kilku miesięcy do kilku lat po zakażeniu. Początkowo objawy te nie są charakterystyczne, może dość do nieznacznej utraty masy wagi, nawracających zakażeń układu oddechowego, nawracających opryszczek, półpaśca, łojotokowego zapalenia skóry, grzybic powierzchniowych, czy zapalenia kącików ust. Cały czas pogarszają się parametry immunologiczne. Limfocyty CD4 spadają systematycznie, następuje wzrost wirerii HIV. Jeśli nie wdroży się leczenia antywirusowego, zaczynają występować ciężkie schorzenia oportunistyczne – zakażenia i nowotwory, które nieleczone doprowadzają do zgonu. W końcowym stadium zakażenia HIV – AIDS liczba limfocytów CD4 jest bardzo niska, a wiremia HIV bardzo wysoka [19, 27].

Wirus HIV może długo dokonywać zniszczenia układu immunologicznego zanim osoba zacznie poważnie chorować. Może to trwać nawet 8 – 10 lat. To, że wynik jest seropozytywny nie znaczy, że osoba ma AIDS, lub że wkrótce będzie poważnie chora. AIDS nie jest jedną chorobą, ale zespołem chorób, które atakują osoby zakażone HIV. Wiele z tych chorób występuje powszechnie i nie są szczególnie groźne dla osób z nieuszkodzonym układem immunologicznym, jednak dla osób z HIV mogą być śmiertelne. AIDS stwierdza lekarz specjalista na podstawie występowania tych chorób oraz poziomu wirerii w krwi pacjenta. W wielu przypadkach osoby chore na AIDS czują się na tyle dobrze, że mogą nadal wykonywać swoją pracę [28].

Diagnostyka i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową

Diagnostyka chorób przenoszonych drogą płciową opiera się na badaniach molekularnych i serologicznych. Testy molekularne są drogie, ale coraz bardziej powszechne. Pozwalają wykryć materiał genetyczny w postaci RNA i DNA danego patogenu. Testy serologiczne, są bardziej powszechne, polegają na wykryciu w surowicy pacjenta swoistych przeciwciał skierowanych przeciwko badanemu patogenowi. Oprócz badań duże znaczenie ma także obraz kliniczny i wywiad epidemiologiczny.

W przypadku kiły przeprowadza się badania bezpośrednie i pośrednie. Badania bezpośrednie są to badania mikroskopowe, które pozwalają wykryć krętki w ciemnym polu widzenia oraz badania histopatologiczne za pomocą impregnacji srebrem metodą immunofluorescencyjną. Badania pośrednie to badania serologiczne, które wykrywają przeciwciała tworzące się w odpowiedzi na zakażenie krętkiem białym. Odczyny serologiczne wykonuje się z krwi lub z płynu mózgowo – rdzeniowego. Wykonuje się odczyny klasyczne,

niekrętkowe, które mają zastosowanie w badaniach przesiewowych w dużych grupach ludzi, w których chce się wykryć przypadki podejrzane o zakażenie kiłą i krętkowe, które służą do diagnostyki kiły i weryfikacji wyników odczynów niekrętkowych [29]. W przypadku zdiagnozowania kiły należy przeprowadzić także diagnozę w kierunku HIV o odwrotnie – nosiciele HIV powinni zostać zdiagnozowani w kierunku kiły. Koinfekcja obu chorób może zmieniać naturalny przebieg obu infekcji. Odczyny serologiczne należy kontrolować także po leczeniu kiły. Pacjenci z podejrzeniem kiły powinni być kierowani do gabinetów dermatologiczno – wenerologicznych [19,29].

Rzeżączka diagnozowana jest na podstawie obrazu klinicznego, głównie ropnej wydzieliny z cewki moczowej oraz badaniem mikroskopowym wykorzystującym barwienie metodą Grama lub błękitem metylenowym oraz w hodowli w przypadku rzeżączki gardła, spojówek i odbytu. Pacjenci z podejrzeniem rzeżączki powinni być kierowani do gabinetów dermatologiczno – wenerologicznych. Dwoinki rzeżączki można potwierdzić badaniem molekularnym PCE – reakcja łańcuchowej polimerazy i LCR – reakcja łańcuchowa ligazy [30].

Zakażenie Chlamydiami rozpoznaje się po objawach klinicznych i badaniach diagnostycznych. Badanie mikroskopowe wykorzystuje metodę Grama lub błękitny metylen i rozpoznaje się leukocyty wielojądrzaste w kolejnych polach widzenia. Kolejną metodą jest hodowla, gdzie preparat z hodowli barwiony jest jodyną Jonesa lub przeciwciałami monoklonalnymi znakowanymi Fluoresceiną. Chlamydie wykrywa się także z testem z krwi, który wykrywa przeciwciała klasy IgM i IgG, jest refundowany przez NFZ. W diagnostyce wykorzystuje się także diagnostykę molekularną metodami PCR i LCR [31].

Trzy wyżej opisane zakażenia – kiłą, rzeżączką i chlamydiami leczy się, jak wszystkie choroby wywołane bakteriami, przy użyciu antybiotyków. W przypadku kiły najskuteczniejszym antybiotykiem jest Penicylina. Stosuje się jej różne postaci np. krystaliczną, prokainową lub Debecyliną. W przypadku uczulenia na Penicylinę, stosuje się Tetracyklina, Doxycyklina lub Ceftriakson. W przypadku rzeżączki schemat zalecany to dwa antybiotyki jednorazowo - Ceftriakson domięśniowo z Azytromycyną doustnie, schemat alternatywny - Cefiksym, Azytromycyna, Ofloksacylina, Ceftriakson, które podaje się doustnie lub domięśniowo w jednorazowej dawce. W przypadku Chlamydy stosuje się Azytromycynę lub Doxycylinę, natomiast w schemacie alternatywnym – Erytromycynę, Ofloksacylinę i Lewofloksacylinę [19, 29, 30,31].

Grzybice narządów płciowych diagnozowane są na podstawie objawów klinicznych oraz badaniem mikroskopowym. Aby je przeprowadzić pobierany jest wymaz z zainfekowanego miejsca – pochwy, sromu lub penisa, a następnie dokonywany jest rozmaz, po

czym preparat jest barwiony i w przypadku zakażenia wykrywa się charakterystyczne komórki drożdżaków. Badanie trwa minimum tydzień. Grzybice narządów płciowych leczy się miejscowym i ogólnym stosowaniem preparatów przeciwgrzybiczych. Obecnie są to Nystatyna, Klotrymazol, Mikonazol, Flukonazol i Itrakonazol[19,23].

Kłykciny kończyste diagnozuje się na podstawie objawów klinicznych, badania histopatologicznego (cytologii) oraz diagnostyki molekularnej (PCR). Profilaktycznie u kobiet zaleca się badanie ginekologiczne co 6 miesięcy, cytologię co 6 miesięcy, kolposkopię co 6 miesięcy oraz badanie w kierunku onkogennych wirusów HPV, najlepiej metodą pozwalającą na określenie konkretnych typów wirusa. U kobiet badania profilaktyczne obejmują konsultacje urologiczne i chirurgiczno – proktologiczne, badanie per rectum co 6 miesięcy i rekoskopię [24].

Lekarze pierwszego kontaktu kierują pacjentów, u których podejrzewają kłykciny kończyste do lekarzy dermatologów – wenerologów, kobiety do lekarzy ginekologów, a pacjentów z dużymi zmianami do lekarzy chirurgów. Obecnie kłykciny kończyste leczy się najczęściej krioterapią, w której duże zmiany wymagają leczenia chirurgicznego, proktologicznego i ginekologicznego oraz badania histopatologicznego[24].

WZW typu B diagnozuje się na podstawie objawów i laboratoryjnie. Podstawowa diagnostyka laboratoryjna opiera się na oznaczeniu serologicznym markerów HBV, przy czym kluczowe znaczenie ma właściwa interpretacja wyników. Antygenami są HBsAg, HBeAg, a przeciwciałami anty HBs, anty HBc i anty HBe[32].

Lekarze pierwszego kontaktu kierują osoby z podejrzeniem WZW B do lekarzy chorób zakaźnych, jeśli współistnieją inne choroby przenoszone drogą płciową to także do lekarzy dermatologów i wenerologów. O doborze leczenia decyduje lekarz chorób zakaźnych. Jest to leczenie przeciwwirusowe. Obecnie dostępnych jest wiele metod leczenia takich zakażeń, a odbywają się one w ramach programów terapeutycznych NFZ. W Polsce od 1996 r. obowiązuje bezpłatne szczepienie dzieci przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Schemat szczepienia to – 0-1-6, czyli podanie trzech dawek „teraz”, za miesiąc i po 6 miesiącach od podania pierwszej dawki. W przypadku, organizm po szczepieniu wytwarza przeciwciała anty HBs, nie wymaga rutynowego doszczepiania. Po ekspozycji stosuje się czterokrotny przyspieszony cykl szczepień 0-7-21dni, 12 miesięcy [19,32].

Test na obecność **HIV** można wykonać bezpłatnie, bez skierowania w jednym z punktów konsultacyjno – diagnostycznych. Do badania pobierana jest niewielka ilość krwi, po czym szuka się antygenu wirus i przeciwciał. Na wynik trzeba poczekać dzień lub dłużej w zależności od placówki. Pierwsze badanie można przeprowadzić 2 tygodnie po zakażeniu,

jednak całkowita pewność, co do otrzymania wyniku ujemnego możliwa jest dopiero po 12 tygodniach [19,28].

Od 1996 r. w leczeniu wirusa HIV stosuje się terapię wielolekową, tzw. HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy), podczas której używa się co najmniej 3 leków antyretrowirusowy. Są to - nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (NRTI), nienukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (NNRTI), inhibitory proteazy (PI), inhibitory wejścia (EI), inhibitory integrazy (II). Obecnie zaleca się wprowadzenie leczenia u wszystkich pacjentów zakażonych wirusem HIV. Jest to leczenie przewlekłe i trwa do końca życia, nie jest możliwe usunięcie HIV z organizmu, a jedynie zahamowanie namnażania wirusa oraz odbudowę układu immunologicznego [19,28].

PODSUMOWANIE

Choroby przenoszone drogą płciową stanowią duży problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny w kontekście leczenia. Zapobieganie im i leczenie wymaga współpracy personelu medycznego i jednostek edukacyjnych. Profilaktyka chorób przenoszonych drogą płciową jest szczególnie ważne ze względu na wzrost liczby zachorowań, zwłaszcza wśród osób młodych, które dopiero wkraczają w dorosłe życie i uczą się odpowiedzialności. Niektóre formy profilaktyki są dobrze znane wszystkim, gdyż są one obowiązkowe, np. szczepienia przeciwko wirusowi HBV, który wywołuje wirusowe zapalenie wątroby typu B, czy przeciwko wirusowi HPV wywołującemu raka szyjki macicy. Jednak znaczna część profilaktyki zależna jest od posiadanej wiedzy na temat możliwości zarażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową, ich objawów oraz metod ochrony przed nimi, a co za tym idzie edukowania młodzieży i całego społeczeństwa w tym zakresie. Dużą rolę w tym zakresie odgrywa pielęgniarka [33].

Pielęgniarka POZ sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad osobą, rodziną i społecznością w środowisku zamieszkania. Obejmuje opieką zarówno osoby chore, jak i zdrowe, niezależnie od płci i wieku. Wyjątek stanowią noworodki i niemowlęta do 2 miesiąca życia. Świadczenia gwarantowane pielęgniarki obejmują wizyty w domu pacjenta, wizyty ambulatoryjne, wizyty patronażowe i wykonywanie testów przesiewowych w celu monitorowania rozwoju dziecka. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej zadania realizowane przez pielęgniarkę to:

A. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, które obejmują rozpoznanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym, rozpoznanie potrzeb pielęgnacyjnych pacjentów, edukację zdrowotną, poradnictwo w zakresie zdrowego stylu

życia, realizację programów zdrowotnych, działanie profilaktyczne u osób z grup ryzyka zdrowotnego, organizację grup wsparcia, monitorowanie rozwoju dziecka oraz edukację w zakresie szczepień ochronnych [34].

Rola pielęgniarki w promocji profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową wynika, zatem, z jej obowiązków zawodowych. Gdziekolwiek pielęgniarka ma kontakt z osobą zdrową, czy chorą, czy to w jej domu, czy w placówce medycznej, ma prawo, a nawet obowiązek promocji profilaktyki. Mało tego, z powyższego zapisu prawnego wynika, że pielęgniarka ma także prawo inicjatywy prowadzenia programów zdrowotnych i działania profilaktyczne u osób z grup wysokiego ryzyka. Oczywiście podejmowane przez nią działania są zawsze uzgodnione i wplecione w ramy kompleksowych świadczeń w ramach placówki, w której pielęgniarka pracuje. Nawet jej własna inicjatywa w przeprowadzeniu zorganizowanej akcji edukacyjnej, musi zyskać pozwolenie dyrekcji placówki, co pociąga za sobą także sprawy finansowe, ale warto wiedzieć, że pielęgniarka ma takie uprawnienia i może prowadzić zorganizowane programy profilaktyczne [35].

Duże znaczenie ma tutaj samo przygotowanie merytoryczne pielęgniarek do udzielania informacji i edukowanie w sprawach profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową. istotne jest edukowanie pielęgniarek na każdym stopniu ich kształcenia, a także, by wiedza ta była aktualizowana zgodnie z postępem wiedzy i wymogami nowoczesnych systemów leczenia i opieki. Pielęgniarka, która ma być edukatorem i swoją wiedzą ma zadanie wdrażać skuteczne metody zapobiegania chorobom oraz kreować prawidłowe postawy społeczne wobec nich – sama musi posiadać odpowiednią wiedzę, kształtującą jej własne postawy. Badania przeprowadzone w 2012 r. przez Ochocką [36] na temat analizy poziomu wiedzy temat zakażenia HIV oraz postaw prozdrowotnych w aspekcie zakażenia HIV wśród grupy zawodowej pielęgniarek pracujących w placówkach medycznych województwa śląskiego, wykazały nie poziom wiedzy na temat HIV i AIDS jako przeciętny. Blisko połowa respondentów nie znała pojęcia „choroby wskaźnikowe AIDS”, 23,5 % badanych nie wiedziało, że transmisja zakażenia jest możliwa drogą wertykalną, a 10,6 % badanych była przeciwna wykonaniu testu HIV u kobiet w ciąży. Ponad połowa badanych przyznała, że podczas nauki zawodu nie poznała wystarczająco zagadnień związanych z HIV i AIDS [36].

Autorka wyżej opisanych badań zwróciła także uwagę na grupę pielęgniarek – specjalistek ds. epidemiologii, wg dawnych przepisów określanych mianem „pielęgniarek epidemiologicznych”. Są to osoby z bardzo dobrym w skali Europy przygotowaniem epidemiologicznym, to grupa ok. 1,5 tys. Osób z czego tysiąc wykonuje zadania w Zespołach Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Pielęgniarki zajmujące się zawodowo kontrolą zakażeń

opracowują, wdrażają i nadzorują procedury przeciwepidemiczne, współpracują z działem BHP, mikrobiologiem, zespołami ds. antybiotyków i wykonują wiele innych zadań [36].

Duże znaczenie w edukacji pacjentów na temat chorób przenoszonych drogą płciową jaką realizują pielęgniarki, nie są zorganizowane akcje informacyjne, chociaż takie także są ważne, ale codzienna, niestrudzona rozmowa z pacjentami. Jest ona ważna dla pacjentów, gdyż może przyczynić się do podjęcia przez niego działań profilaktycznych, a jeśli jest taka potrzeba także diagnostycznych, które mogą wykryć zakażenie, do którego już doszło i podjąć leczenie. Pielęgniarka stanowi dla pacjenta autorytet, jest przedstawicielem świata medycyny, który posiada wiedzę, podobnie, jak lekarz, ale jest także osobą troskliwą, tzn., że jej postępowanie i cechy charakteru wskazują na to, że lubi ludzi, że ich los nie jest im obojętny, chce pomagać, zna problemy zdrowotne swoich podopiecznych. Jej troskliwość i życzliwość powinna wzbudzić u pacjenta zaufanie, chęć otworzenia się i powiedzenia o ewentualnych problemach jakie podejrzewa u siebie, czy ryzykownych zachowaniach jakie podjął [37].

Rozmowa pielęgniarska jest sztuką, wymaga umiejętności psychologicznych i komunikacyjnych, tymczasem, znaczna część pielęgniarek pomimo posiadanych kompetencji zawodowych i przekonania o swoich umiejętnościach, odczuwa bariery psychiczne dotyczące prowadzenia rozmów z pacjentami na temat zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową. Czym innym kompetencje zawodowe medyczne, a czym innym kompetencje interpersonalne miękkie, takie jak komunikacja, wywieraniu wpływu, który w tym przypadku bywa potrzebny, by pacjent zastanowił się, ale też został wezwany do działania [38].

- B. Świadczenia pielęgnacyjne, m.in. opieka na pacjentem w zdrowiu i różnych stanach chorobowych, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych.
- C. Świadczenia diagnostyczne, m.in. przeprowadzanie wywiadów środowiskowych, badania fizykalne, ogólna ocena stanu pacjenta, jakości jego życia, pobieranie materiału do badań diagnostycznych.
- D. Świadczenia lecznicze, m.in. zakładanie opatrunków, podawanie leków zaordynowanych przez lekarza, cewnikowanie, wykonywanie wlewów odbytniczych, stawianie baniek, itp.
- E. Świadczenia rehabilitacyjne [34].

Pielęgniarka wykonując przy pacjencie szereg wyżej wymienionych zadań, może zaobserwować nieprawidłowości, wskazujące na możliwość zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Natomiast poznanie pacjenta i jego środowiska może nasunąć

jej przypuszczenie o konieczności edukacji nt. profilaktyki tychże chorób, dlatego jej rola jest nieoceniona.

Ponieważ na choroby przenoszone drogą płciową narażone są szczególnie osoby młode, często jeszcze w okresie adolescencji, w którym dopiero kształtują się zachowania społeczne i rozwija świadomość zdrowotna, należy w tym czasie dążyć do uświadamiania ryzyka związanego z nieodpowiedzialnymi zachowaniami seksualnymi. Dużą rolę w tym procesie odgrywa pielęgniarka szkolna, która z racji wykonywania zawodu jest na co dzień blisko młodzieży. Często jest ona inicjatorem działań edukacyjnych [39].

PISMIENNICTWO

1. Orzechowska M, Krajewska-Kułak E, Cybulski M, Mystkowska E, Milewska A.: Charakterystyka epidemiologiczna chorych na kiłę w Gdańsku i w Warszawie w 2016 roku. *Przegląd Epidemiologiczny* 2018; 72: 223-234.
2. Bąk B, Sikorski M, Wrześniewska M.: Umiejscowienie kontroli zdrowia kobiet szczepionych przeciwko zakażeniom wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV). *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2017, 1(50): 38-48.
3. Puszczarz I.: Ocena wiedzy na temat zagrożeń chorobami przenoszonymi drogą płciową w populacji młodych dorosłych wybranych regionów Polski. Rozprawa doktorska, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Kielce 2019.
4. Folasayo A.T, Oluwasegun A.J, Samsudin S, Saudi SN, Osman M, Hamat RA.: Assessing the knowled gelevel, attitudes, risky behaviors and preventive practices on sexually 135 transmitted diseases among university students as future health careproviders in the central zone of Malaysia A cross-sectionalstudy. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2017; 14: 159.
5. Carey K. B. Senn T. E. Walsh J.L., Scott-Sheldon Lori A.J., Carey Michael P.: Alcohol usepredicts number of sexual partners for female but not male STI Clinic Patient. *AIDS and Behavior* 2016; 20: 52-59.
6. Pereira H., Carmo A.: Sexually transmitted diseases. Knowledge and perceived prevalence of symptoms in University students. *ISRR* 2014; 2: 01-11
7. World Health Organization, „Global HIV Programme”, <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics> data pobrania: 09.11.2021

Wybrane choroby przenoszone drogą płciową

8. Wróblewska M.: Zakażenia podróżnych i nowe zakażenia wirusowe. [w:] Choroby wirusowe w praktyce klinicznej. Wróblewska M., Dzieciatkowski T. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017; 369-384.
9. European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia infection. in: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. ECDC; Stockholm 2019.
10. European Centre for Diseases Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2016 - Syphilis. ECDC; Stockholm 2016.
11. Unemo M.: Current and future antimicrobial treatment of gonorrhoea - the rapidly evolving *Neisseria gonorrhoea* continues to challenge, *BMC Infectious Disease* 2015; 15: 364
12. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 - 2017 data. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen 2018.
13. Glińska N.: Własne ciało - operatywność praw seksualnych i reprodukcyjnych w Polsce, *Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis* 2016; 5: 35-52.
14. Orzechowska Krajewska-Kułak M., Cybulski M., Mystkowska E., Milewska A.: Charakterystyka epidemiologiczna chorych na kiłę w Gdańsku i w Warszawie w 2016 roku. *Przegląd Epidemiologiczny* 2018; 72: 223-234.
15. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, „Zakład epidemiologii chorób zakaźnych i nadzoru”, http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html data pobrania: 09.11.2021
16. Wojas-Pelc A., Pastuszczyk M., Serwin A.B., Rudnicka I., Majewski S., Czajkowski R., Flisiak I., Placek W., Maj J., Maleszka R., Rudnicka L.: Kiła. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Część 2: kiła układu nerwowego, kiła u kobiet w ciąży oraz kiła wrodzona, *Przegląd Dermatologiczny* 2018; 105: 582-592.
17. Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P. J.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 roku. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2017.
18. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w latach 1996 – 2020. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Zakład epidemiologii chorób zakaźnych i Nadzoru, http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/data pobrania: 09.11.2021
19. Firląd – Burkacka E.: Choroby przenoszone drogą płciową. Krajowe Centrum ds. AIDS, Agenda Ministra Zdrowia, Warszawa 2014.

20. Janier M., Hegyi V., Dupin N., Unemo M., Tiplicica G.S., Potocnik M., French P., Patel R.: Europejskie zalecenia diagnostyczne i leczenie dotyczące kiły. Przegląd Dermatologiczny 2015, 5: 459 – 475
21. Rzeżączka – Informacje ogólne, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Nadzór epidemiologiczny. Rzeżączka - informacje ogólne | PZH. data pobrania: 09.11.2021
22. Gornowicz J.: Chlamydia trachomatis – charakterystyka patogenu i diagnostyka zakażeń, Postęp Dermatologii i Alergologii 2008; XXV, 3: 125–128.
23. Staniszevska M., Bondaryk M., Kowalska M., Magda U., Łuka M., Ochal Z., Kurzątkowski W.: Patogeneza i leczenie zakażeń Candida SPP, Postęp Mikrobiologiczny 2014; 53, 3: 229–240.
24. Sicińska J.: Współczesne aspekty diagnostyki i leczenia kłykcin kończystych. Dermatologia 2018, 4: 30 – 35.
25. Bratosiewicz – Wąsik J., Mikłasińska – Majduk M., Wąsik T.J.: Zakażenia wywołane przez ludzkie papilloma viruses, Zakażenia XXI wieku 2029; 2 (6) : 263 – 271.
26. Klamann J., Smiatacz T.: Diagnostyka wirusowych zapaleń wątroby w praktyce lekarza pierwszego kontaktu, Forum Medycyny Rodzinnej 2016; 10, 2, 66–72.
27. Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS bez względu na to gdzie mieszkasz i pracujesz, Krajowe Centrum ds. AIDS Agenda Ministra Zdrowia, Warszawa 2014.
28. Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS bez względu na to gdzie mieszkasz i pracujesz, Krajowe Centrum ds. AIDS Agenda Ministra Zdrowia, Warszawa 2014.
29. Sulkowska E.: Kiła – nowa diagnostyka starej choroby, Journal of Transfusion Medicine 2015; 8, 4, 157–159.
30. Europejskie zalecenia diagnostyczne i terapeutyczne w rzeżączce u dorosłych, Przegląd Dermatologiczny 2014; 101: 168–178.
31. Chudzicka – Strugała I., Karpiński T., Zeidler A., Szkaradkiewicz A., Pawelczyk L., Banaszewska B.: Występowanie zakażeń Chlamydia trachomatis u kobiet z niepłodnością w Polsce, Ginekologia Polska 2014; 85: 843 – 846.
32. Rosińska M., Parda N., Stępień M.: Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w 2011 roku, Przegląd Epidemiologiczny 2013; 67: 353–356 .
33. Olejniczak D., Wodzyńska K., Reglioni U.: Wiedza uczniów klas maturalnych na temat chorób przenoszonych drogą płciową, Nursing Topics 2012; 20 (3): 317–326.
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, (Dz.U. 2019 poz. 2335).

Wybrane choroby przenoszone drogą płciową

35. Marcinowicz L.: Rola pielęgniarki i położnej w sprawowaniu podstawowej opieki zdrowotnej, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2014; 12 (4): 352–357.
36. Ochocka B.: Rola i znaczenie pielęgniarek i pielęgniarek specjalistek ds. epidemiologii w zapobieganiu HIV i AIDS, *Kontra Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS*; 2 (64)/215:1-3.
37. Lurka K.: Pani od wszystkiego, *Służba Zdrowia* 2014; 34–42: 60–63.
38. Persona – Śliwińska A., Jarząbek-Bielecka G., Kędzia W.: Zapobieganie chorobom przenoszonym drogą płciową – aspekty seksuologii i medycyny rodzinnej. *Medycyna Rodzinna* 2019; 22(3): 150-153.
39. Lizak D., Seń M., Laska E.: Rola pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w kreowaniu prozdrowotnych postaw uczniów. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2012; 4: 129.

Postawy społeczeństwa wobec transplantacji narządów

Justyna Kieźel^{1,2}, Barbara Jankowiak³, Marta Jakoniuk⁴

1. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

2. Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

4. Zakład Neurologii Inwazyjnej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

WSTĘP

Transplantacja (z łac. *transplantare*, czyli „szczepić”) oznacza przeszczepienie organu, czyli zabieg przeniesienia komórek, tkanek bądź narządów w obrębie jednego organizmu lub między dwoma organizmami [1]. Dawcą może zostać żywy osobnik bądź osoba zmarła. W przypadku zmarłego dawcy używa się określenia - pobranie *ex mortuo*, natomiast gdy dawcą jest osoba żywa używa się określenia - pobranie *ex vivo* [2]. Dział medycyny klinicznej zajmujący się problematyką transplantacji nazywa się transplantologią.

Przeszczepianie może być dokonane jako *autotransplantacja* (przeszczep autogeniczny), polega na przeniesieniu tkanki w obrębie tego samego organizmu. Przykładem takiego przeszczepu jest przeszczep skóry, fragmentu tkanki kostnej lub przeniesieniu własnego zęba pacjenta do innego miejsca w łuku zębowych [3]. W przypadku, gdy transplantacja dokonywana jest między dwoma podmiotami, a dawca i biorca są genetycznie różnymi osobnikami, należą jednak do tego samego gatunku wtedy jest to *allograftacja*, natomiast gdy dawca i biorca należą do odmiennych gatunków wówczas mówi się o *ksenotransplantacji*. Innym typem przeszczepu jest *izotransplantacja*, jest to przeszczep organu dokonany pomiędzy jednostkami identycznymi pod względem genetycznym, np. bliźniętami jednojajowymi [4, 5].

Biorąc pod uwagę zgodność miejsca eksplantacji i implantacji, można wyróżnić dwa typy transplantacji. Przeszczep *ortotopowy* polega na usunięciu narządu niewydolnego i zastąpieniu go wydolnym narządem w tym samym miejscu, np. przeszczep serca, natomiast w przypadku przeszczepu *heterotropowego* narząd przeszczepiony umieszcza się w innym położeniu niż anatomiczne [4, 6].

Aktualnie postęp transplantologii nie leży tylko w gestii lekarzy, chociaż bez nich postęp tej dziedziny medycyny byłby niemożliwy. Potrzebna jest także szeroka akceptacja społeczna dla działań w zakresie donacji narządów. Przeprowadzone badania mają na celu zebranie opinii jak społeczeństwo postrzega transplantologię oraz co przyczynia się do zmniejszenia liczby donacji w ostatnich latach.

CEL PRACY

1. Analiza postaw i opinii społeczeństwa na temat transplantacji narządów.
2. Określenie poziomu akceptacji transplantacji narządów i tkanek wśród społeczeństwa.
3. Uzyskanie informacji na temat czynników mających wpływ na podjęcie decyzji o transplantacji narządów pobranych od osób zmarłych, u których orzeczono śmierć mózgu.
4. Przedstawienie medycznych, prawnych i etycznych aspektów przeszczepiania narządów.

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone wśród 256 losowo wybranych dorosłych mieszkańców województwa podlaskiego. Kwestionariusze ankiety były zbierane wśród osób znajomych/sąsiadów/rodziny/współpracowników w formie internetowej, jak i papierowej. Badanie przeprowadzono w okresie 01.02.2023r. - 30.04.2023r. po otrzymaniu zgody Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.

Materiał zebrano metodą sondażu diagnostycznego, z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, który opracowano po uprzednim zapoznaniu się z literaturą przedmiotu.

Kwestionariusz ankiety zawierał 23 pytań zamkniętych. Ankieta składała się z 7 pytań metryczkowych dotyczących wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego oraz wiary badanych oraz 16 pytań zasadniczych dotyczących opinii badanych na temat pobierania i przeszczepiania narządów.

Respondenci przed przystąpieniem do uzupełnienia ankiety zostali poinformowani o celu przeprowadzania badań, ich wykorzystaniu i zostali zapewnieni o anonimowości.

Wyniki przedstawiono za pomocą stosownych tabel i rycin, struktury liczbowej i procentowej odpowiedzi na zadane w ankietach pytania.

W celu wykazania istotności statystycznej posłużono się testem niezależności χ^2 (badanie związku między zmiennymi nominalnymi) oraz wyliczono współczynnik p. O tym czy badana zależność jest istotna statystycznie świadczy wartość prawdopodobieństwa testowego p. Jeśli wynik jest <0.05 oznacza to, że zależność jest istotna statystycznie, natomiast $p>0,05$ mówi o braku istotności.

WYNIKI

Ogólna charakterystyka badanej populacji

W badaniu udział wzięło 256 ankietowanych ($n=256$; 100,00%), w tym 66,02% kobiet ($n=169$) i 33,98% mężczyzn ($n=87$). Najliczniejszą grupę po względem wieku tworzyły osoby od 18 do 29 roku życia ($n=113$; 44,14%). Badanych w wieku 30 – 49 lat było 88, stanowiło to 34,38%. Najmniejszą grupę stanowili ankietowani w wieku 70 lat i więcej ($n=3$; 1,17%). Większa część respondentów pochodziła z miast ($n=217$; 84,77%). Tereny wiejskie zamieszkiwało 15,23% badanych ($n=39$).

Respondenci w związkach małżeńskich stanowili 49,22% grupy badanej ($n=126$). Kolejną pod względem wielkości grupę tworzyły osoby stanu wolnego, nie będące nigdy w związkach ($n=118$; 46,09%). W badanych gronie odnotowano 8 osób rozwiedzionych (3,13%) i 4 wdowy/wdowców (1,56%).

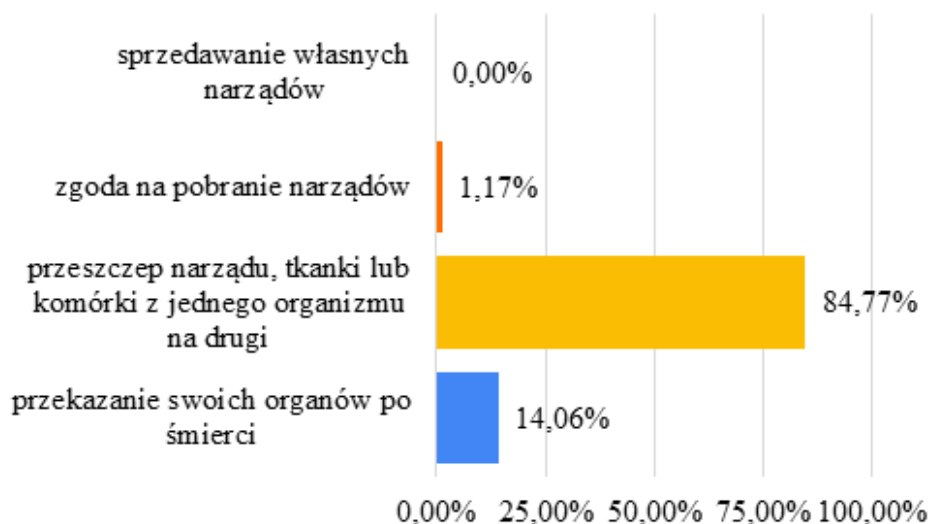
Dokonano podziału respondentów pod względem wykształcenia. O wykształceniu wyższym poinformowało 61,33% grupy ($n=157$). Wykształcenie średnie posiadało 31,64% ($n=81$) badanej populacji. Najmniej ankietowanych miało wykształcenie na poziomie podstawowym ($n=7$; 2,73%). Wykształcenie medyczne posiadał co 4 ankietowany ($n=66$; 25,78%).

Respondenci zapytani zostali o religijność. Odnotowano, że osób wierzących i praktykujących jest 43,36% ($n=111$), wierzących lecz niepraktykujących jest 26,95% ($n=69$), a niewierzących – 20,31% ($n=52$). Niespełna 10,00% grupy nie chciała udzielić odpowiedzi na powyższe pytanie ($n=24$; 9,38%).

Dane związane z postawą społeczeństwa wobec transplantacji narządów

Transplantacja to przeszczep narządu, tkanki lub komórki z jednego organizmu na drugi. Poprawnej odpowiedzi udzieliło 84,77% badanych ($n=217$). Według 14,06% respondentów definicją transplantacji jest przekazanie swoich organów po śmierci. Pozostałe odpowiedzi zaprezentowano na Rycinie 1.

Postawy społeczeństwa wobec transplantacji narządów



Rycina 1. Rozkład badanych pod względem znajomości definicji „transplantacja”

Aż 93,36% badanej populacji było zdania, że przeszczepianie narządów jest słuszne (n=239). Spośród tych osób znalazło się grono, które popiera transplantacje jedynie w przypadku pobierania narządów od osób zmarłych (n=14; 5,47%). Brak zdania wyraziło 4,69% (n=12) grupy.

Ponad ½ badanej populacji wyraziła chęć oddania swoich narządów dla osoby oczekującej na przeszczep organów, bez względu czy jest to członek rodziny, czy osoba obca (n=148; 57,81%). Brak zdania odnotowano w 71 przypadkach (27,73%). Niechęć do transplantacji wyraziło 5,86% grupy (n=15).

Wśród respondentów 55,86% wyraziłoby zgodę na zostanie żywym dawcą nerki lub fragmentu wątroby jeśli dotyczyłoby to bliskiej osoby (n=143). Odpowiedź „nie wiem” wybrało 21,88% grupy (n=56).

Skłonność do wypełnienia oświadczenia woli, w którym wyraża się zgodę na pobranie narządów po śmierci wyraziłoby 58,20% badanych (n=149). Powyższe oświadczenie posiadało już 6,25% badanej populacji (n=16). Brak zdania odnotowano w przypadku 29,30% respondentów (n=75).

Zgodę na pobranie narządów od zmarłego członka rodziny wyraziłoby łącznie 87,11% (n=223) grupy. Brak zgody wyraziło 3,91% ankietowanych (n=10).

W celu ratowania lub poprawy jakości własnego życia na przyjęcie narządów od innej osoby zgodę wyraziłoby 83,59% badanej populacji. Z tego 18 respondentów wspomniało, że dawcą musiałaby być osoba zmarła, kolejne 8 ankietowanych wyraziło zgodę jedynie w przypadku, gdy dawcą byłby członek rodziny.

Śmierć mózgu to nieodwracalne uszkodzenie mózgu, które powoduje brak czynności pnia mózgu (odpowiada on za krążenie krwi i oddychanie), a funkcje życiowe podtrzymywane są sztucznie, za pomocą maszyn. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 93,75% (n=240).

Zdaniem respondentów rodzina zmarłego powinna podejmować decyzje o pobraniu narządów do przeszczepu, jeśli zmarły nie wyraził sprzeciwu za życia (n=152; 59,38%). Według 19,92% osobą decyzyjną powinien być lekarz (n=51).

W gronie ankietowanych 46,88% przekazało swojej rodzinie wolę dotyczącą dawstwa narządów na wypadek sytuacji stwierdzającej śmierć mózgu (n=120).

Zdaniem 36,33% badanych narządy można pobierać od wszystkich, którzy nie wyrazili sprzeciwu za życia (n=93), kolejne 31,64% grupy uważało, że narządy można pobierać tylko od osób, które za życia wyraziły zgodę podpisując odpowiednie dokumenty (n=81). Brak zdania odnotowano w 18,75% przypadków (n=48).

Zdaniem 37,89% respondentów uregulowanie prawne dotyczące transplantacji mówi o tym, że narządy można pobierać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę poprzez podpisanie odpowiednich dokumentów (n=97). Jednak prawidłowa odpowiedź na temat regulacji prawnych związanych z transplantacją w Polsce brzmi „narządy można pobrać od wszystkich, którzy nie wyrazili sprzeciwu za życia” (n=64; 25,00%).

Według badanej populacji najczęstszymi powodami wyrażenia sprzeciwu na oddanie po śmierci tkanek i narządów przez dawcę były względy emocjonalne (n=154; 60,16%), obawa o błędzie lekarzy w orzeczeniu śmierci mózgowej (n=123; 48,05%) oraz poglądy religijne (n=115; 44,92%). Najmniej respondentów wspomniało o obawie przed oszpecceniem ciała zmarłego (n=66; 25,78%).

Zdaniem respondentów, głównymi czynnikami, które wpływają na ilość transplantacji narządów pobranych od osób uznanych za zmarłe w wyniku orzeczenia śmierci mózgu w Polsce są brak zgody rodziny osoby uznanej za zmarłą po orzeczeniu śmierci mózgowej (n=171; 66,80%) i przekonanie, że orzeczenie śmierci mózgu nie jest wystarczające do uznania osoby za zmarłą (n=133; 51,95%). Również ankietowani często wspominali o poglądach religijnych (n=117; 45,70%) i o braku wyrażenia zgody za życia na wypadek śmierci mózgowej (n=114; 44,53%).

Jedynie 5,08% badanej populacji stwierdziło, że poziom wiedzy społeczeństwa na temat transplantacji jest wystarczający (n=13). Przeciwnego zdania było 77,73% grupy (n=199). Brak zdania wyraziło 17,19% ankietowanych (n=44).

Większość respondentów jest zdania, że wraz ze wzrostem świadomości społeczeństwa na temat transplantacji wzrasta również liczba przeszczepów (n=236; 92,19%).

Analiza statystyczna

Zbadano zależność między wiekiem badanych a ich zgodą na zostanie żywym dawcą nerki lub fragmentu wątroby. Wykazano brak zależności na poziomie istotnym statystycznie. Bez względu na wiek, większość osób poinformowało, że wyraziłoby zgodę na zostanie żywym dawcą, ale tylko jeśli biorcą byłaby bliska osoba. Wszystkie dane zawarto w Tabeli 1.

Tabela 1. Wiek badanych a zgoda na zostanie żywym dawcą

Wiek	Czy zgodziła/zgodził by się Pani/Pan na zostanie żywym dawcą?			
	nie	nie wiem	tak	tak, ale tylko bliskiej osobie
18-29 lat	6	21	15	71
%	4,51%	15,79%	11,28%	53,38%
30-49 lat	4	19	25	40
	4,55%	21,59%	28,41%	45,45%
50-69 lat	2	15	5	30
	3,85%	28,85%	9,62%	57,69%
70 lat i powyżej	0	1	0	2
	0,00%	33,33%	0,00%	66,67%
p	0.10675073			
ch2	14.464			

Analizując religijność uczestników badania w stosunku do oddania narządów po swojej śmierci dla osób oczekujących na przeszczep nie wykazano zależności statystycznej. Bez względu na to czy respondenci byli osobami wierzącymi najczęściej odpowiadali, że oddaliby swoje narządy po śmierci. Dane zebrano w Tabeli 2.

Tabela 2. Religijność badanych a chęć oddania narządów po swojej śmierci dla osoby oczekującej na przeszczep

Czy po śmierci chce Pan/Pani oddać swoje narządy dla osoby oczekującej na przeszczep?	Religijność			
	brak odpowiedzi	niewierzący	wierzący niepraktykujący	wierzący praktykujący
nie	2	4	2	7
%	13,33%	26,67%	13,33%	46,67%
nie wiem	7	15	16	33
%	9,86%	21,13%	22,54%	46,48%
tak	12	32	45	59
%	8,11%	21,62%	30,41%	39,86%
tak, ale tylko bliskiej osobie	3	1	6	12
%	13,64%	4,55%	27,27%	54,55%
p	0.58139145			
ch2	7.537			

Wykazano zależność statystyczną między religijnością uczestników badania a wyrażeniem przez nich zgody na pobranie narządów od zmarłego członka rodziny. Wśród osób, które nie wyraziły by zgody największą grupę stanowiły osoby wierzące i praktykujące. Również najwięcej osób z grona wierzących i praktykujących przyznało, że zgodziłoby się na pobranie narządów od zmarłego członka rodziny tylko w przypadku wyrażenia przez niego swojej woli za życia – Tabela 3.

Tabela 3. Religijność badanych a wyrażenie zgody na pobranie narządów od zmarłego z rodziny

Czy wyraziła/wyraził by Pani/Pan zgodę na pobranie narządu od zmarłego z Pani/Pana rodziny?	Religijność			
	brak odpowiedzi	niewierzący	wierzący niepraktykujący	wierzący praktykujący
nie	1	3	1	5
%	10,00%	30,00%	10,00%	50,00%
nie wiem	4	1	2	16
%	17,39%	4,35%	8,70%	69,57%
tak	5	26	37	33
%	4,95%	25,74%	36,63%	32,67%
tak, jeśli taka by była jego wola	14	22	29	57
%	11,48%	18,03%	23,77%	46,72%
p	0.00431081			
ch2	23.994			

Wykształcenie respondentów nie miało wpływu na wyrażenie przez nich zgody na pobranie narządu od zmarłego członka rodziny. Nie wykazano istotności statystycznej. Dane uszeregowano w Tabeli 4.

Tabela 4. Wykształcenie badanych a zgoda na pobranie narządów od zmarłego z rodziny

Czy wyraziła/wyraził by Pani/Pan zgodę na pobranie narządu od zmarłego z Pani/Pana rodziny?	Wykształcenie			
	podstawowe	średnie	wyższe	zasadnicze zawodowe
nie	0	2	7	1
%	0,00%	20,00%	70,00%	10,00%
nie wiem	1	13	7	2
%	4,35%	56,52%	30,43%	8,70%
tak	1	33	63	4
%	0,99%	32,67%	62,38%	3,96%
tak, jeśli taka by była jego wola	5	33	80	4
%	4,10%	27,05%	65,57%	3,28%
p	0.10834178			
ch2	14.414			

Bez względu na wykształcenie większa grupa osób wyraziła chęć do podpisania oświadczenia woli lub takowe już posiadało. Jednak w przypadku osób z wykształceniem medycznym odsetek tych osób był wyższy. Nie wykazano zależności na poziomie istotnym statystycznie – Tabela 5.

Tabela 5. Posiadanie wykształcenia medycznego a skłonność do wypełnienia oświadczenia woli

Czy jest Pani/Pan skłonna/skłonnny wypełnić tzw. oświadczenie woli, w którym wyraziłaby/wyraziłaby Pani/Pan zgodę na pobranie narządów po śmierci?	Czy posiada Pani/ Pan wykształcenie medyczne?	
	tak	nie
tak; już wypełniłam/wypełniłem oświadczenie woli	48	117
%	29,09%	70,91%
nie; nie wiem	18	73
%	19,78%	80,22%
P	0.10309501	
ch2	2.657	

DYSKUSJA

Transplantacja to często jedyna skuteczna metoda leczenia dla pacjentów ze schyłkową niewydolnością narządów, dlatego każdy człowiek powinien mieć świadomość powagi problemu, jakim jest deficyt organów do przeszczepu. Dawstwo narządów jest zależne od indywidualnych postaw społeczeństwa, uregulowań prawnych, przekonań związanych z wyznawaną religią, a także aspektów kulturowych. Zrozumienie idei transplantacji oraz wzrost poziomu wiedzy na jej temat może znacząco wpłynąć na postrzeganie społeczeństwa zasadności, jak i słuszność tej metody leczenia oraz na postrzeganie dawstwa narządów jako podarowanie daru życia drugiej osobie. Transplantacja jest często nie tylko metodą polepszającą jakość życia chorego, ale także sposobem ratowania przed przedwczesną śmiercią.

Transplantologia to dziedzina medycyny o szczególnej wrażliwości społecznej, a jej rozwój w dużej mierze zależy od poziomu akceptacji społeczeństwa i gotowości pomocy drugiemu człowiekowi. W przeprowadzonych badaniach wykazano, że aż 93,36% badanej grupy uznaje przeszczepianie narządów w celu ratowania życia lub przywracania zdrowia innym osobom za słuszne. Również liczne badania, w tym przeprowadzone przez Centrum

Badania Opinii Społecznej dowodzą, że zdecydowana większość respondentów uważa ideę pobierania narządów do transplantacji za słuszną [7, 8, 9].

Większość uczestników badania CBOS z 2016 r. - 80% zadeklarowało gotowość do oddania narządów w celu przeszczepiania innym po swojej śmierci, natomiast wypełnione oświadczenie woli posiada tylko 3% społeczeństwa, jednak skłonność do jego wypełnienia deklaruje 70% [7]. W badaniach własnych gotowość bycia dawcą deklarowało mniejsza część badanych, bo tylko 66,4%, natomiast wypełnione oświadczenie woli posiada zaledwie 6,25% respondentów, jednak skłonność do jego wypełnienia deklaruje 58,2%. Według badań Uzdalewicz i wsp. 64,8% chce oddać swoje narządy po śmierci, a dla 29,6% Polaków ma znaczenie kto będzie biorcą, ponieważ deklarują oddanie narządu tylko bliskiej osobie [10].

W badaniach własnych natomiast tylko 8,59% badanych z 66,4% deklarujących gotowość do dawstwa oddałoby narząd tylko członkowi rodziny. Jednak według prawa panującego w Polsce nie wykonuje się transplantacji ze wskazaniem.

W badaniach własnych 73,44% badanych deklarowało gotowość do wyrażenia zgody na zostanie żywym dawcą narządu, w tym 55,86% tylko kiedy potrzebującym biorcą będzie jego bliski. W badaniach przeprowadzonych przez Ruzzkowskiego w populacji Gdańska 65,2% respondentów deklarowała chęć zostanie żywym dawcą [9].

Według analizy badań własnych wykazano, że największy odsetek osób, które nie wyraziłyby zgody na pobranie narządu od zmarłego członka rodziny jest wśród osób wierzących praktykujących, aż 50% tej grupy. Natomiast również wśród wierzących i praktykujących największy odsetek - 46,72% - przyznało, że zgodziłoby się na pobranie narządów od zmarłego członka rodziny tylko w przypadku wyrażenia przez niego swojej woli za życia. W porównaniu do badań przeprowadzonych przez Witczak i wsp. byłoby to również największy odsetek osób odpowiednio 14,1% wśród wierzących praktykujących, które nie wyraziłyby zgody i 64,48% wśród wierzących praktykujących, które uszanowałoby wolę zmarłego członka rodziny [11]. Powyższe badania pokazują, że największy odsetek wśród wszystkich badanych, którzy nie wyraziliby zgody na pobranie narządów po śmierci osoby bliskiej biorąc pod uwagę ich religijność to wierzący i praktykujący.

Badania własne wykazały, że mniej niż połowa (46,88%) społeczeństwa przekazało swojej rodzinie wolę dotyczącą dawstwa na wypadek śmierci, podobnie w badaniach Milaniak, gdzie tylko 37,8% badanych przekazało rodzinie swoją wolę oraz w badaniach Uzdalewicz i wsp., gdzie było to 46,5% ogólnej liczby badanych [8, 10].

Badania własne wykazały, że zdaniem 36,33% respondentów najlepszą regulacją prawną określającą możliwość pobierania narządów do przeszczepów jest ta, w której narządy

można pobierać od wszystkich, którzy nie wyrazili sprzeciwu za życia, kolejne 31,64% grupy uważało, że ta w której narządy można pobierać tylko od osób, które za życia wyraziły zgodę podpisując odpowiednie dokumenty. Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Daszute i wsp. ponad połowa - 56,3% badanych, uważa sposób w którym narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę podpisując odpowiedni dokument za najlepszy, natomiast 30% sposób w którym narządy można pobrać od wszystkich, którzy nie wyrazili sprzeciwu za życia [12]. Z kolei w wynikach badań CBOS z 2016 r. 43 % społeczeństwa uważa za lepszy ten sposób, który wymaga zgody wyrażonej za życia, a 42% ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia [7].

Najczęstszymi czynnikami mającymi wpływ na ilość transplantacji badani wskazywali na brak zgody rodziny osoby uznanej za zmarłą po orzeczeniu śmierci mózgowej, przekonanie, że orzeczenie śmierci mózgu nie jest wystarczające do uznania osoby za zmarłą oraz poglądy religijne. W badaniach Romanowskiej były to podobne odpowiedzi: brak zgody rodziny osoby uznanej za zmarłą po orzeczeniu śmierci mózgowej na pobranie narządów, przekonanie, że orzeczenie śmierci mózgu nie jest wystarczające do uznania osoby za zmarłą oraz 52% badanych wskazało brak wcześniejszej zgody pacjentów na dawstwo na wypadek śmierci mózgowej [13]. Natomiast według badań Mailaniak powodami mającymi wpływ na ilość transplantacji była możliwość przedwczesnego stwierdzenia śmierci członka rodziny - 25,1% oraz obawa, że tkanki i narządy staną się przedmiotem handlu - 17,8% [8].

Z badań własnych według badanej populacji najczęstszymi powodami wyrażenia sprzeciwu na oddanie po śmierci tkanek i narządów przez dawcę były względy emocjonalne, obawa o błędzie lekarzy w orzeczeniu śmierci mózgowej oraz poglądy religijne. W badaniach Ruszkowskiego badani wskazywali przekonanie, że ich narządy nie nadają się do wtórnego użycia oraz obawa o błędzie lekarzy w orzeczeniu śmierci mózgowej oraz obawa o handel organami [9].

Wyniki badań własnych pokrywają się z wynikami badań Humańskiej i wsp., gdzie około 80% społeczeństwa uważa wiedzę społeczeństwa na temat transplantacji za niewystarczającą, a prawie 90% uważa, że większa świadomość społeczeństwa na temat transplantacji może mieć wpływ na liczbę przeszczepów [14].

WNIOSKI

1. Zdecydowana większość społeczeństwa uważa idee przeszczepiania narządów za słuszne. Co ciekawe, w tym 5,47% akceptuje transplantację tylko od zmarłego dawcy. Natomiast większy odsetek osób z wykształceniem medycznym jest skłonne do wypełnienia oświadczenia woli, niż bez wykształcenia medycznego.
2. Ponad połowa społeczeństwa deklaruje gotowość do oddania narządów w celu przeszczepiania innym po swojej śmierci, natomiast $\frac{3}{4}$ respondentów deklaruje gotowość do bycia żywym dawcą.
3. Większość społeczeństwa wyraziłaby zgodę na pobranie narządów od zmarłego członka rodziny zgodnie z jego wolą. Największy odsetek osób, które nie wyraziłaby zgody na pobranie narządu od zmarłego członka rodzina jest wśród osób wierzących praktykujących.
4. Najczęstszymi czynnikami mającymi wpływ na ilość transplantacji są: brak zgody rodziny osoby uznanej za zmarłą po orzeczeniu śmierci mózgowej, przekonanie, że orzeczenie śmierci mózgu nie jest wystarczające do uznania osoby za zmarłą oraz poglądy religijne. Najrzadziej wskazywanym czynnikiem była niewydolność systemu opieki zdrowotnej w zakresie transplantologii.
5. Najczęstszymi powodami sprzeciwu na oddanie po śmierci tkanek i narządów przez dawcę są: względy emocjonalne, obawa o błędnie w orzeczeniu śmierci mózgowej przez lekarzy oraz poglądy religijne. Natomiast najrzadziej wskazywanym powodem była obawa o oszpecenie ciała zmarłego.
6. Zdaniem większości respondentów wraz ze wzrostem świadomości społeczeństwa na temat transplantacji wzrośnie również liczba przeszczepów. Aż $\frac{3}{4}$ społeczeństwa uważa, że poziom wiedzy na temat transplantacji jest niewystarczający.

PIŚMIENNICTWO

1. Encyklopedia podręczna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.
2. Olejniczak E., Kukiela B.: Medialny obraz transplantacji ex mortuo a przepisy prawa. *Folia Linguistica* 2012, 46: 86–102.
3. Kunert J., Droszkowski K., Kunert M., Manowska B.: Autotransplantacja jako alternatywa dla leczenia implantologicznego. *Medical Tribune Stomatologia* 2019, 6: 24-29.
4. Kimszal E.: Zespół transplantacyjny- rola pielęgniarki anestezjologicznej. *Pielęgniarstwo Polskie* 2020, 2: 122–126.

5. Nowacka M. : Transplantacje (przegląd zagadnień). Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ 2014, 1-28.
6. Ziemia K., Gasik R., Wanot B.: Transplantacje narządów jako ważny problem społeczny i etyczny. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno - Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie 2020, 1: 58-77.
7. Centrum Badania Opinii Społecznej: Postawy wobec transplantacji narządów. Komunikat z badań nr 119/2016. Warszawa 2016 Dostępne: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_119_16.PDF Data pobrania: 23.03.2023
8. Milaniak I. : Ocena wpływu wiedzy i postaw wobec przeszczepiania narządów na deklarację oddania narządów wśród różnych grup społecznych. Problemy Pielęgniarstwa 2015, 25: 40-45.
9. Ruszkowski J., Heleniak Z., Czaplińska M., Dębska-Ślizień A.: Stosunek do transplantacji i jego umotywowanie wśród gdańszczyzan— przekrojowe badanie kwestionariuszowe. Forum Nefrologiczne 2020, 13: 184–191.
10. Uzdalewicz Z., Mess E.: Czynniki wpływające na stan wiedzy społeczeństwa na temat transplantacji narządów. Problemy Pielęgniarstwa 2016, 24: 232-237.
11. Błądkowska E., Witczak W.: Postawy mieszkańców woj. lubelskiego wobec transplantacji narządów. Aspekty Zdrowia i Choroby 2017, 2: 15-24.
12. Kamińska M., Daszuta K.: Wiedza i opinie studentów na temat transplantacji narządów. Włocławek 2019
13. Romanowska U., Lizak D., Jaśkiewicz J., Lipińska M.: Dawstwo i transplantacje narządów w opinii studentów pielęgniarstwa studiów uzupełniających pomostowych. Pielęgniarstwo XXI wieku 2012, 4: 123-128.
14. Humańska M, Dudek K.: Analiza postaw młodzieży wobec transplantacji narządów. UMK w Toruniu 2017.

Endometrioza-rozwój, diagnostyka i leczenie

Katarzyna Lenkiewicz^{1,2}, Krystyna Klimaszewska³

1. Absolwentka studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Oddział Pediatrii i Neurologii Dziecięcej, Szpital Wojewódzki im. J. Śniadeckiego w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Słowo Endometrioza pochodzi od greckich słów “endon”, co oznacza wewnątrz, “metra”- inaczej macica oraz “osis” - schorzenie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje, że występowanie endometriozy sięga 10% w populacji światowej kobiet w wieku rozrodczym. Ponadto, 40% pacjentek dotkniętych problemem niepłodności oraz 60% pacjentek cierpiących z powodu przewlekłego bólu miednicy mniejszej choruje na endometriozę. Inicjacja powstania choroby może przebiegać już na etapie życia prenatalnego i progresować na przełomie wielu lat [1].

ROZWINIĘCIE

Objawy choroby mogą powodować długoterminowe, niekorzystne skutki w relacjach międzyludzkich, jakości życia oraz wydajności w pracy zawodowej. W najcięższym stadium choroby może dojść do niemożności podjęcia pracy, poczęcia dziecka i ogólnego upośledzenia jakości życia. Endometrioza jest bardzo złożoną jednostką chorobową w ginekologii, która w sposób stopniowy wyniszcza organizm kobiety poprzez patologiczne przemieszczanie błony śluzowej endometrium poza granice jamy macicy [1].

Choroba może obejmować takie narządy jak jajniki, jajowody, jamę macicy, otrzewną, miednicę, przewód pokarmowy, pęcherz moczowy, przegrodę odbytniczo-pochwową, rzadziej osierdzie lub opłucną. Co ważne, jest estrogenozależna i wywołuje w organizmie przewlekły stan zapalny. Od 30 do 50% kobiet z rozpoznaną endometriozą może doświadczyć problemu niepłodności będącej częstym objawem u pacjentek z tą jednostką chorobową. Mimo dużego postępu medycyny i ilości badań przeprowadzonych nad leczeniem i diagnostyką endometriozy, stale istnieje problem opóźnienia diagnostycznego tego schorzenia od 5 do 10 lat, nawet w Europie lub Ameryce Północnej. Kolejnym bardzo ważnym problemem medycznym

jest fakt, że endometrioza przyczynia się do znacznego podwyższenia predyspozycji do współistnienia chorób autoimmunologicznych oraz celiakii. Często jednak współwystępowanie tych chorób wiąże się z przechodzeniem ich skąpo objawowo lub posiadaniem tylko i wyłącznie predyspozycji genetycznej do zapadalności na daną chorobę. Ponadto, obserwuje się zwiększoną percepcję na ból u pacjentek z endometriozą. Przyczyną tego jest uszkodzenie nerwów odpowiedzialnych za unerwienie obwodowe w rejonie miednicy mniejszej [2].

Czynniki ryzyka

A. Prenatalne:

- Niska masa urodzeniowa,
- Hipotrofia płodowa (zbyt mała masa dziecka),
- Wcześnieactwo,
- Stan przedrzucawkowy,
- Płodowa ekspozycja na dietylostylbestrol (DES) oraz wysokie stężenie estrogenów,
- Ekspozycja na dym papierosowy podczas ciąży,
- Krótka odległość odbytniczo-genitalna (AGD). Odległość tą mierzy się od brzegu odbytu do spoidła tylnego warg sromowych. Pacjentki z endometriozą głęboko naciekającą mają odległość wynoszącą 19 mm, u zdrowych kobiet wynosi ona 27mm [3].

B. Okres rozwoju i dorosłości:

- Wywiad rodzinny: Ryzyko zachorowania na endometriozę jest 10-krotnie wyższe u kobiet, gdzie u krewnych pierwszego stopnia wystąpiła endometrioza w przeszłości. Bliźnięta monozygotyczne mają aż 80% szans na współwystępowanie choroby. Udowodniono, że predyspozycja czynnika genetycznego do zachorowania na endometriozę wynosi około 50%. W rezultacie, czynnik genetyczny oraz epigenetyczny stanowią sprzyjający bodziec w zapadalności na endometriozę, a podłoże środowiskowe lub jakiegokolwiek modyfikacje genetyczne wywołane czynnikiem środowiskowym prowadzą do pojawienia się ognisk chorobowych,
- Nieródka,
- Wczesne wystąpienie pierwszej miesiączki,
- Wydłużone krwawienie miesiączkowe,
- Zwiększenie objętości krwawień menstruacyjnych,
- Polymenorrhea (skrócony cykl miesiączkowy), szczególnie w fazie folikularnej,

- Niski wskaźnik WHR (waist-hip ratio), czyli mały obwód talii w porównaniu z obwodem bioder. Obniżony wskaźnik WHR (mniejszy niż 0,6) wiąże się z trzykrotnie większą szansą wystąpienia endometriozy,
- Ryzyko pojawienia się choroby wzrasta w momencie skrócenia okresu laktacyjnego lub całkowitej rezygnacji z karmienia piersią. Czas, gdy kobieta karmi piersią działa protekcyjnie ze względu na brak miesiączki. Ponadto, karmienie piersią działa efektywnie na usuwanie z organizmu substancji dioksynopodobnych,
- Częstotliwość wystąpienia endometriozy jest większa u pacjentek z niską masą ciała - w badaniu naukowym przeprowadzonym dla czasopisma naukowego "Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders" w 2018 roku wyniki wykazały, że średni wskaźnik masy ciała pacjentek z endometriozą wyniósł 25,0 kg/m². Oznacza to, że liczba kobiet z wysokim wskaźnikiem BMI (body mass index) chorujących na endometriozę jest mniejsza,
- Otyłość w endometriozie wiąże się z bardziej zaawansowanym stadium choroby i zmniejszoną częstotliwością występowania choroby w I stadium zaawansowania,
- Dieta bogata w czerwone mięso i nienasycone kwasy tłuszczowe,
- Zmianowy tryb pracy, a w szczególności praca w nocy. Oddziałuje ona negatywnie szczególnie, jeśli kobieta pracuje w tym systemie więcej niż pięć lat, ponieważ dochodzi do zaburzenia okołodobowego rytmu wydzielania hormonów steroidowych,
- Nadmierna suplementacja karnityny u kobiet uprawiających intensywną aktywność fizyczną oraz posiadających niskie BMI,
- Spożywanie dużej ilości kofeiny (>300 mg/dzień) zwiększa ryzyko rozwoju endometriozy,
- Kobiety uzależnione od alkoholu lub narkotyków są bardziej narażone na zdiagnozowanie u nich endometriozy w przyszłości. Ponadto, w 2021 roku odnotowany został wzrost spożycia alkoholu przez pacjentki z endometriozą o 29,2 % podczas pandemii Covid-19,
- Wysoki poziom estrogenu: Pacjentki często doświadczają zaburzenia równowagi hormonalnej. Dysbalans pomiędzy wysokim poziomem estrogenu i niskim poziomem progesteronu może przyczyniać się do zaostrzenia zmian chorobowych,
- Toksyny: Kobiety, które w życiu płodowym narażone były na syntetyczne estrogeny takie jak dietylostilboesterol (DES) i silne toksyny środowiskowe (np. ksenobiotyki) miały wyższy poziom występowania endometriozy,
- Rasa Kaukaska [2, 3, 4, 5].

Stadia rozwoju choroby i jej przebieg

a. Rodzaje Endometriozy:

- Endometrioza otrzewnowa - Charakteryzuje się występowaniem zmian podobnych do tkanek endometrium na powierzchni otrzewnej, czyli błony otaczającej narządy jamy brzusznej i miednicy,
- Endometrioza jajnikowa - Ogniska chorobowe występują pod postacią torbieli endometrialnych (lub inaczej torbieli czekoladowych). Torbiele te charakteryzują się obecnością tkanek podobnych do endometrium oraz płynu zabarwionym ciemną krwią. Ten typ endometriozy jest stosunkowo łatwy do zdiagnozowania, ponieważ zmiany chorobowe mogą zostać wykryte w czasie dokładnego badania ginekologicznego z użyciem ultrasonografii dopochwowej,
- Endometrioza głęboko naciekająca - Wysoka aktywność rozrostowa poza obszar otrzewnej, naciekająca sąsiednie struktury. Zmiany chorobowe bardzo często lokalizują się w pęcherzu moczowym, jelicie grubym oraz odbytnicy,
- Endometrioza pozabrzuszną - Tkanka chorobotwórcza znajduje się poza jamą brzuszną (na przykład w klatce piersiowej lub w mózgu),
- Endometrioza jatrogenna - bezpośredni lub pośredni rozsiew tkanki endometrium po operacji (na przykład endometrioza blizny po cięciu cesarskim) [6].

b. Stadia zaawansowania endometriozy:

- I - ogniska endometrialne o rozmiarach poniżej 5mm, niewielkie zrosty otrzewnowe w obszarze miednicy mniejszej. W tym stadium możliwe jest pojawienie się zrostów, ale nie osiągają one większych rozmiarów niż 5 mm,
- II - ogniska endometrialne o rozmiarach powyżej 5mm, występujące w jajnikach (torbiele czekoladowe), jajowodach lub w zatoce Douglasa. Zrosty mierzą powyżej 5 mm szerokości i pojawiają się najczęściej między jajnikiem a więzadłem krzyżowo-macicznym,
- III - obecność dużej ilości zrostów w okolicy więzadła krzyżowo-macicznego, jajnika lub jajowodów),
- IV - liczne zrosty powodujące deformację okolicznych narządów. Macica o małej ruchomości z charakterystycznym przyrostem do jelit. Jelita mają liczne zrosty z zatoką Douglasa, więzadłami odbytniczo-macicznymi lub trzonem macicy. Ogniska endometrialne rozsiane w obrębie różnych narządów np. płuca, pęcherz moczowy, nerka) [7].

Endometrioza, a ryzyko rozwoju innych chorób w przebiegu choroby:

- U pacjentek z endometriozą ryzyko wystąpienia raka jajnika wzrasta aż o 40%,
- Badania udowodniły bardzo wysoką częstotliwość występowania endometriozy razem z obecnością: tocznia układowego, zespołu Sjögrena, reumatoidalnego zapalenia stawów, autoimmunologicznego zapalenia tarczycy, stwardnienia rozsianego, choroby Addisona i nieswoistego zapalenia jelit[9],
- Wykazano, że pacjentki z endometriozą mają wyższe ryzyko wystąpienia u nich nadciśnienia, miażdżycy i dyslipidemii,
- Problemy z migreną pojawiają się od dwóch do trzech razy częściej u chorych na endometriozę [8].

Diagnostyka

Karl von Rokitansky jako pierwszy zdiagnozował endometriozę za pomocą mikroskopu w 1860 roku. Od tego momentu minęło ponad 100 lat, a wiedza na temat tej choroby nie jest kompletna. W dalszym ciągu nie wiadomo nic o dokładnej patogenezie endometriozy, czynnikach determinujących rozwój, oraz nie odkryto bezpiecznego i w pełni skutecznego działania w terapii endometriozy. Postęp medycyny opierał się szczególnie na polepszeniu jakości wykonywanych badaniach obrazowych, choć i w tym przypadku istnieją ograniczenia czułości i swoistości metod diagnostycznych. Nie istnieje żaden marker biochemiczny, który z powodzeniem może zastąpić laparoskopię w celu diagnostyki choroby [9].

Przeprowadzenie szczegółowego wywiadu podczas rutynowego badania ginekologicznego jest pomocne w uwzględnieniu miejsca dyskomfortu bólowego u pacjentki. Niestety, nie jest ono wystarczające aby uzyskać pewność co do poprawnej diagnostyki endometriozy. Wywiad jest niezbędny w określeniu zakresu i obszaru zmian chorobowych. Do dnia dzisiejszego jedną z podstawowych metod diagnostycznych endometriozy jest laparoscopia, podczas której wykonuje się biopsję do badania histopatologicznego. Zaletą tej metody jest bezpośrednia wizualizacja zmian chorobowych z potwierdzeniem laboratoryjnym. Wadą jest zaś wysoka inwazyjność zabiegu [2].

Inne dwie metody często wykorzystywane w diagnostyce endometriozy to ultrasonografia przezpochwowa (USG) oraz rezonans magnetyczny (MRI). USG przezpochwowe jest najczęściej stosowanym badaniem z wyżej wymienionych ze względu na niższe koszty przeprowadzenia procedury medycznej niż w rezonansie magnetycznym. Podczas USG przezpochwowego można zastosować celowany ucisk w celu zbadania obecności zrostów na danym obszarze badanym lub wykryć zmiany chorobowe trudniejsze do wykrycia

w USG klasycznym [10]. Niewątpliwą zaletą wykorzystywania USG i MRI w diagnostyce endometriozy jest wysoka czułość tych metod w kierunku diagnostyki torbieli czekoladowej (endometrialnej) znajdującej się na jajnikach. Czułość USG wynosi 80-90%, a MRI 60-98%. Obie metody ograniczają się do wykrywania zmian w okolicach miednicy mniejszej oraz jamy brzusznej. W przypadku zmian chorobowych występujących poza otrzewną, głębokich zrostów oraz rozsiewu choroby poza inne narządy daleko oddalone od jamy brzusznej możliwa jest konieczność pogłębienia diagnostyki lub użycia kilku badań diagnostycznych.

Badania USG i MRI charakteryzują się słabą efektywnością wykrywania zmian powierzchniowych (do 1mm). Czułość tych badań szacuje się na poziomie 60%. Ponadto, ultrasonografia dopplerowska (USG Doppler) może być stosowana w celu analizy przepływu krwi w obrębie jajników jako pomocnicze badania w diagnostyce torbieli endometrialnej jajników [2, 9, 10].

Objawy kliniczne

Najbardziej charakterystycznym objawem endometriozy jest utrzymujący się ból w obrębie miednicy mniejszej lub okolicy krzyżowej, który narasta przed krwawieniem menstruacyjnym. Aż 96% kobiet z rozpoznaną endometriozą cierpi na ból. Bóle o podłożu endometrialnym mogą zniknąć po krwawieniu menstruacyjnym, jednak jest możliwość że przerodzi się w ból przewlekły .

Statystycznie, 38% pełnoletnich kobiet z rozpoznaną endometriożą doświadczyły pierwszych objawów chorobowych przed ukończeniem 15 roku życia. Z drugiej strony 25 % kobiet chorujących na endometriozę nie doznało żadnych objawów chorobowych [11].

Objawy endometriozy dzielimy na dwie grupy: te o charakterze podstawowym (które są bardzo charakterystyczne dla tej jednostki chorobowej) oraz towarzyszące (które mogą wystąpić w ramach rozwoju choroby).

Objawy podstawowe to:

- bolesność podczas menstruacji,
- narastający dyskomfort bólowy przed menstruacją,
- dokuczający ból podczas owulacji,
- nadmierna bolesność podczas stosunków seksualnych,
- nieregularny cykl miesięczkowy,
- możliwość występowania nadmiernych krwawień menstruacyjnych,

- ból w okolicy jelit o największym nasileniu w trakcie menstruacji,
- obecność biegunek lub zaparć,
- nasilony ból przy parciu na mocz i w obrębie pęcherza moczowego w trakcie menstruacji,
- problemy z poczęciem potomstwa [11].

Objawy towarzyszące:

- obecność krwi w stolcu,
- pojawienie się krwi podczas mikcji,
- stan podgorączkowy,
- problemy z zawrotami i bólem głowy,
- stany depresyjne,
- występowanie nudności i wymiotów,
- pojawienie się wzdęć brzucha,
- częste infekcje,
- przewlekły stan zapalny [11].

Procentowy rozkład najczęstszych objawów endometriozy:

- 42,4% - bolesne miesiączki,
- 31% - problemy w zajściu w ciążę,
- 30,5% - występowanie bólu przed menstruacją,
- 18% - problemy brzuszne,
- 15,8% - nieprawidłowe krwawienie maciczne,
- 13,8% - bolesne stosunki seksualne,
- 5,8% - bóle przy oddawaniu moczu lub stolca [11].

Zmiany typowe i mniej nasilone częściej wiążą się z zaburzeniami płodności, z kolei głębokie i ciężkie zmiany chorobowe wywołują głównie zespół bólowy [3].

Metody leczenia

Endometrioza jest dość nieprzewidywalną jednostką chorobową. Nie istnieją jednakowe przypadki kobiet chorujących na endometriozę. Kobiety zmagające się z tą chorobą mogą doświadczyć szeregu różnych objawów. Pacjentki, które mają podobne zmiany endometrialne, mogą doświadczać różnorodnych odczuć bólowych lub dyskomfortu. Istnieją

kobiety, które nie odczuwają żadnych dolegliwości bólowych ani żadnych innych nieprzyjemnych objawów chorobowych. Bardzo często o chorobie dowiadują się podczas rutynowego badania ginekologicznego, niestety, mimo braku bólu, jest duże prawdopodobieństwo rozsiania zmian endometrialnych w obrębie jamy otrzewnej lub innych organów. Nieprzewidywalność tej choroby polega na tym, że może ona w sposób niekontrolowany postępować, zostać w stanie uśpienia lub poddać się nagłej regresji. Leczenie zmian endometrialnych odbywa się za pomocą leczenia farmakologicznego i operacyjnego. W dokonaniu wyboru formy leczenia bardzo ważne jest uwzględnienie czynników: stadium zaawansowania endometriozy, stopnia nasilenia dolegliwości, lokalizacji guzów endometrialnych, wieku kobiety oraz planów prokreacyjnych [9].

W leczeniu farmakologicznym stosujemy hormonalną terapię supresyjną. Jest ona rutynowo przepisywana ze względu na dowody na to, iż sterydy odgrywają kluczową rolę w patofizjologii endometriozy. Leczenie często rozpoczyna się w przypadku podejrzenia endometriozy u młodych kobiet jeszcze przed patomorfologicznym potwierdzeniem zmian chorobowych, a także proponuje się je po operacji, gdy objawy nie ustępują lub gdy choroba nawraca. Najczęściej przepisywane leki modyfikują środowisko hormonalne poprzez hamowanie aktywności jajników (w tym wydzielania hormonów płciowych) lub bezpośrednie działanie na receptory steroidowe i enzymy obecne w endometrium i zmianach chorobowych. Mogą również zmniejszać krwawienie miesięczne, co powoduje zmniejszenie przepływu wstecznego jak i również osłabienie wyzwalania szlaków zapalnych związanych z bólem menstruacyjnym. Farmakoterapia obejmuje złożone doustne środki antykoncepcyjne, progestageny (podawane doustnie, domięśniowo i domacicznie), antyprogestageny, agonisty hormonu uwalniającego gonadotropinę (agonisty GnRH), antagonisty GnRH i inhibitory aromatazy. Wszystkie te terapie prowadzą do istotnego klinicznie zmniejszenia bólu w porównaniu z placebo. Udowodniono, że jakość efektu leczenia jest podobna dla wszystkich metod leczenia, a praktyka kliniczna, w odniesieniu do której przepisuje się leki, jest bardzo zróżnicowana. W przypadku wszystkich leków ukierunkowanych na terapię hormonalną, objawy powracają po zaprzestaniu leczenia. Warto zauważyć, że żadna z terapii hormonalnych stosowanych w leczeniu endometriozy nie jest pozbawiona skutków ubocznych. Właściwości antykoncepcyjne tych leków mogą być mile widziane, jeśli kobieta nie chce zajść w ciążę, ale problematyczne w przypadku planowanej przez nią prokreacji. Ponadto, zażywanie doustnych środków antykoncepcyjnych może się przyczynić do zwiększonego ryzyka wystąpienia chorób zatorowo-zakrzepowych, które nieleczone mogą prowadzić do śmierci. Bardzo ważne jest, aby lekarz przepisujący terapię hormonalną spojrzał na pacjentkę całościowo. Zebranie obszernego

wywiadu medycznego jest niezbędne, aby mógł ustalić najbardziej odpowiedni plan leczenia dla pacjentki. Wywiad powinien obejmować m.in. pytania odnośnie współwystępowania chorób u pacjentki lub u krewnych pierwszego stopnia, nietolerancje pacjentki na leki, używki, obecność żylaków lub innych chorób krążenia oraz plany reprodukcyjne [12].

Kolejnym ważnym aspektem w leczeniu endometriozy jest leczenie przeciwbólowe. Większość kobiet z podejrzeniem lub rozpoznaniem endometriozy szukających ulgi w bólu kupuje leki dostępne bez recepty, takie jak paracetamol i niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Jednak dowody na to, że są one skuteczne, są bardzo wątpliwe. Dodatkowo istnieją dowody na to, że NLPZ przyjmowane w sposób ciągły mogą hamować owulację, co jest niewątpliwym minusem jeśli kobiety planują zajście w ciążę. Ponadto, mogą przyczynić się do powstania wrzodów żołądka oraz zwiększyć ryzyko choroby sercowo-naczyniowej [11].

W aktualnej praktyce stosowanej przez poradnie leczenia bólu przewlekłego, jak i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej używa się neuromodulatorów. Różnią się one od konwencjonalnych środków przeciwbólowych takich jak NLPZ tym, że wpływają przede wszystkim na modulację bólu przez ośrodkowy układ nerwowy, a nie na obwodowe mediatory stanu zapalnego. Wiele neuromodulatorów zostało pierwotnie opracowanych jako leki przeciwdepresyjne lub przeciwdrgawkowe [11].

Drugą metodą leczenia endometriozy jest przeprowadzenie zabiegu operacyjnego i chirurgicznego usunięcia zmiany chorobowej. Leczenie poprzez zabieg operacyjny dzielimy na operacje zachowawczą i radykalną. Ważnymi powodami, które decydują o konieczności podjęcia operacji jest duży dyskomfort bólowy o zróżnicowanym umiejscowieniu oraz niepłodność [10]. Międzynarodowe zalecenia dotyczące chirurgicznego (laparoskopowego) usuwania wszystkich podtypów endometriozy opierają się na dowodach, że leczenie laparoskopowe zmniejsza ból związany ze stanem chorobowym w porównaniu z samą laparoskopią diagnostyczną po 6 miesiącach. Wartą uwagi kwestią jest to że, istnieje niewiele dowodów naukowych na to, że chirurgiczne leczenie powierzchownej endometriozy otrzewnej poprawia ogólne objawy i jakość życia bardziej niż nieoperacyjne leczenie endometriozy. Istnieją natomiast obawy, że powtórna operacja może zaostrzyć objawy chorobowe. Wycięcie chirurgiczne torbieli czekoladowych jajnika jest jednak uważane za optymalne leczenie endometriozy jajnika. Ta ścieżka leczenia może być korzystna w leczeniu towarzyszących bolesnych objawów wywołanych torbielami czekoladowymi [13].

W odniesieniu do nawrotu choroby wykazano, że prawdopodobieństwo przetrwałego bólu związanego z endometriozą po leczeniu chirurgicznym może sięgać nawet 40–50% w ciągu 5 lat. Niestety kwalifikacja do operacji nie jest dokładnie usystematyzowana, każdy

przypadek musi być osobno oceniany przez lekarza na podstawie wyników badań chorej i jej aktualnego stanu zdrowia. Żadne aktualnie opublikowane dane nie wskazują progowej wielkości torbieli, poniżej której można bezpiecznie wstrzymać operację w przypadku braku podejrzanych cech ultrasonograficznych. Niepodważalną zaletą leczenia operacyjnego jest możliwość pobrania próbki zmiany i wysłania jej na badanie patomorfologiczne w celu potwierdzenia diagnozy i wykluczenia nowotworu złośliwego jajnika. Zabieg operacyjny ma też wiele negatywnych aspektów takie jak: bolesne powikłania pooperacyjne, stres chorej, potencjalne uszkodzenie rezerwy jajnikowej i prawdopodobieństwo wykonania w przyszłości kolejnych operacji w przypadku nawrotu choroby, co może nasilać bolesność. Rośnie świadomość problemu przewlekłego bólu pooperacyjnego, który występuje nawet u 15–20% pacjentów po 3–6 miesiącach [14].

W wyniku braku zadowalających efektów terapeutycznych po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego w celu zniwelowania dyskomfortu bólowego, można zastosować laparoskopię ablacyjną nerwów maciczno-krzyżowych (LUNA) lub neuroktomię przedkrzyżową (LPSN). LUNA jest techniką operacyjną polegającą na leczeniu dyskomfortu bólowego podczas menstruacji. Celem tej operacji jest zniszczenie włókien nerwowych znajdujących się w okolicy więzadła krzyżowo-macicznego. LPSN jest trudnym zabiegiem, który wymaga dużej precyzji technicznej w prawidłowym przecięciu nerwów przedkrzyżowych. Podobnie jak w zabiegu LUNA, wykorzystuje się go do leczenia dyskomfortu podczas menstruacji z bólem zlokalizowanym pośrodku linii ciała. LUNA oraz LPSN mogą się niestety wiązać się z wysokim ryzykiem powikłań pozabiegowych odnerwień odbytnicy oraz problemów z układem moczowym [9].

Radykalny zabieg chirurgiczny charakteryzuje się wykonaniem histerektomii z obustronnym usunięciem przydatków. Daną operację wykonuje się u kobiet cierpiących na silny dyskomfort bólowy, które nie planują już posiadania dzieci, oraz wykazują słaby efekt terapeutyczny przy zastosowaniu innych metod leczenia. Histerektomia odnosi sukces terapeutyczny z powodu dużej szansy na wyciszenie zmian chorobowych w przebiegu menopauzy pooperacyjnej. Ważny jest fakt, że przy usunięciu macicy bez obustronnego wycięcia przydatków aż sześciokrotnie zwiększa się ryzyko nawrotów dyskomfortu bólowego i aż ośmiokrotnie ryzyko reoperacji w przyszłości [9]. Zaleca się stosowanie terapii estrogenowej i progestagenowej lub tybolon w celu złagodzenia objawów spowodowanych wystąpieniem menopauzy po zabiegu chirurgicznym aż do momentu gdy pojawi się naturalna menopauza [15].

Endometrioza, a płodność

Ogromnym problemem kobiet chorujących na endometriozę jest wysokie ryzyko niepłodności, które sięga 40% ogólnego populacyjnego problemu niepłodności. Pacjentki z endometriozą bardzo często przechodzą przez frustrację spowodowaną niemożnością poczęcia dziecka, poronieniami, zwiększonym ryzykiem ciąży ektopowej i przewlekłym zespołem bólowym w obrębie miednicy mniejszej. Pacjentki z endometriozą mają od 2 do 10% szans w miesiącu na zapłodnienie, gdzie w porównaniu z kobietami zdrowymi szanse na zapłodnienie wynoszą od 15 do 20% na miesiąc. Istniejące rozbieżności między procentami wynikają z przeprowadzania badań na pacjentkach o różnych stadiach rozwoju endometriozy [16].

W I i II stadium choroby, kiedy endometrioza przebiega w łagodnym stopniu i nie ma istotnych zaburzeń anatomii w miednicy mniejszej. Jednak problemem jest długotrwały stan zapalny, nadmierna synteza prostoglandyn, metaloproteinaz, cytokin oraz nieprawidłowa czynność immunologiczna w okolicy miednicy mniejszej. Wpływa to negatywnie na pracę układu rozrodczego prowadząc do zaburzeń w różnych fazach płodności przy folikulogenezie, owulacji, zapłodnieniu i implantacji. Co ciekawe, badania naukowe wykazały, że po operacji laparoskopowej usunięcia zmian endometrialnym w I lub II stadium, szansa na posiadanie dziecka może oscylować w stosunku 1 do 4, zaś w postawie wyczekującej ten stosunek wynosi już 1 do 5.

W zaawansowanym stadium choroby (III i IV) dochodzi do zaburzeń anatomicznych w miednicy oraz pojawienia się problemów ze zrostami otrzewnowymi [42]. W przypadku torbieli czekoladowych w jajnikach wzięto pod uwagę metaanalizę składającą się z jedenastu badań naukowych. W podsumowaniu tej metaanalizy przedstawiono, że nie ma pozytywnych aspektów wynikających z wykonania zabiegu wyłuszczenia zmian endometrialnych u pacjentek poddających się IVF (in vitro fertilization). Zabieg wyłuszczenia torbieli endometrialnych wiąże się z wysokim ryzykiem obniżenia rezerw jajnikowej i wystąpienia zrostów. W rezultacie może to skutkować pogorszeniem wyników leczenia wspomaganego rozrodu. Ponadto, badanie wykazało aż 59 procentowe obniżenie stężenia hormonu antymüllerowskiego (AMH - anti-Müllerian hormone) w czasie sześciu miesięcy od zabiegu wyłuszczenia torbieli czekoladowych. Hormon AMH wykorzystuje się do oceny rezerwy jajnikowej, co jest niezwykle przydatne w określeniu płodności kobiety [16].

Im kobieta posiada więcej zaawansowanych zmian chorobowych, tym ma mniejsze szanse na poczęcie dziecka w przyszłości [11]. Powodem niepłodności mogą być zrosty w okolicy jajowodów, zniekształcona anatomicznie miednica, permanentne zapalenie struktur miednicy mniejszej, zaburzone funkcjonowanie układu odpornościowego, problemy z

implantacją komórki jajowej oraz możliwe upośledzenie jakości jaj. Ponadto, dana jednostka chorobowa przyczynia się do upośledzenia funkcjonowania jajników np. braku owulacji, zespołu luteinizacji niepękniętego pęcherzyka jajnikowego, luteolizy wywołanej poprzez postać prostaglandyny F_{2α} (PGF_{2α}) oraz zaburzeń w procesie dojrzewania oocytów. Kolejnym problemem jest obniżenie jakości pracy jajowodów, co wiąże się z nadmiernym wydzielaniem prostaglandyn. Co więcej, zwiększenie fagocytozy plemników za pomocą makrofagów jest nadmiernie pobudzone z powodu przewlekłego stanu zapalnego, co może doprowadzić do problemów z płodnością. Endometrioza może również prowadzić do problemów z niewydolnością ciała żółtego poprzez nadmierne wydzielanie interleukiny 4 i interleukiny 5. Ta patologia, może przyczynić się do zaburzenia procesu zagnieżdżania komórek jajowych. Jednak czasami, największą przeszkodą w poczęciu dziecka staje się nadmierny ból podczas stosunków seksualnych spowodowany obecnością licznych zrostów zlokalizowanych w miednicy mniejszej [11].

Dieta w endometriozie i jej pozytywny wpływ na przebieg choroby

Ze względu na nieskuteczne leczenie i przewlekły charakter endometriozy, wiele kobiet dotkniętych endometriozą stosuje dodatkowe strategie postępowania, aby móc samodzielnie zmniejszyć dolegliwości występujące w chorobie.

Aspekt odpowiedniej diety w endometriozie odgrywa kluczową rolę w drodze pacjentek do lepszego samopoczucia. Zmiana wzorców żywieniowych w przypadku endometriozy może pomóc w zmniejszeniu markerów stanu zapalnego, których wzrost wykazano w przypadku endometriozy. Dieta może łagodzić działanie prostaglandyn odpowiedzialnych za ból podczas progresji endometriozy. Ponadto, dobre nawyki żywieniowe wpływają na dolegliwości jelitowe, poprawienie trawienia i samopoczucia, pozbycie się toksyn, obniżenie szans na rozwój choroby sercowej oraz polepszenie wyników badań laboratoryjnych. Zbilansowana dieta przyczynia się także do szybszej rekonwalescencji po operacji [17].

Najczęstsze wytyczne dotyczące diety:

- Najkorzystniejszy podział makroskładników:
 - węglowodany - 45-60%,
 - białka - 10-20%,
 - tłuszcze - 25-30%,
- Dieta powinna składać się z 4 posiłków dziennie,

- Odpowiednia ilość białka jest szczególnie ważna, ponieważ jest ono niezbędne do syntezy hormonów. Obecność w diecie ryb, jaj, orzechów, roślin strączkowych i drobiu jest ważna do pozytywnego wpływu na organizm,
- Ryby powinny być spożywane dwa razy w tygodniu, z czego jeden posiłek powinien zawierać ryby tłuste (np. tuńczyk, makrela). Dzięki temu wraz z posiłkiem dostarczamy bardzo wartościowych kwasów omega-3, charakteryzujących się działaniem przeciwzapalnym,
- Zaleca się ograniczenie spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych tak, aby nie przekraczały one 10% dziennego zapotrzebowania kalorycznego organizmu. Nasycone kwasy tłuszczowe warto zastąpić wielonienasyconymi kwasami tłuszczowymi,
- Posiłki powinny być skomponowane tak, aby warzywa stanowiły minimum połowę porcji przygotowanego dania. Są one naturalnym środkiem pomagającym w usuwaniu estrogenu z organizmu,
- Owoce powinny być ograniczone do dwóch porcji dziennie. Szczególnie warto spożywać: owoce jagodowe, cytrusy,
- Do przyprawiania potraw zaleca się stosowanie cynamonu i kurkumy, ponieważ mają one działanie przeciwzapalne,
- Płyny powinny być dostarczane w ilości od 2 do 3 litrów na dzień, z czego główne źródło powinna stanowić woda, herbata ziołowa lub herbata zielona,
- Ważnym aspektem jest również spożywanie błonnika pokarmowego,
- Ze względu na częste w endometriozie obfite krwawienia ważne jest dostarczanie razem z posiłkami odpowiedniej ilości żelaza. Produktami bogatymi w żelazo są między innymi fasola, groch brokuły, sezam, kakao, jajka,
- Dieta powinna być pozbawiona kilku popularnych produktów jak np. mięso czerwone i alkohol, ponieważ mogą one działać prozapalnie [18].

Adenomioza

Adenomioza to choroba będąca pochodną endometriozy. Może ona występować razem z endometriozą. W przypadku pacjentek z endometriozą głęboko naciekającą, aż 50% kobiet ma adenomiozę. Badanie analizy morfologicznej za pomocą rezonansu magnetycznego potwierdziło subtelną adenomiozę u 90% pacjentek z endometriozą. Statystyka pokazuje nam, jak powszechnym problemem jest adenomioza. Charakteryzuje się ona obecnością gruczołów endometrialnych w mięśniówce macicy, z charakterystycznym rozrostem mięśni gładkich. Adenomioza najczęściej występuje w okresie przedmenopauzalnym oraz u kobiet, które wielokrotnie rodziły dzieci.

Do czynników rozwoju adenomiozy zalicza się stany zwiększonej ekspozycji na estrogen (zwiększona liczba porodów, wczesna pierwsza miesiączka, krótkie cykle miesiączkowe, podwyższony wskaźnik masy ciała, stosowanie doustnych leków antykoncepcyjnych, stosowanie tamoksyfenu) oraz wcześniejsze operacje macicy (łyżeczkowanie, cesarskie cięcie, miomektomia itp.) [19].

Diagnostyka adenomiozy jest trudna, ponieważ wiele chorób ginekologicznych ma podobne objawy przedmiotowe i podmiotowe. Najczęściej występującymi objawami adenomiozy są obfite krwawienia miesiączkowe lub bolesne miesiączki. Inne mniej powszechne objawy to przewlekły ból miednicy i dyspareunia (ból podczas stosunku seksualnego). Należy również zauważyć, że choroba u 33% kobiet z adenomiozą jest bezobjawowa [19]. W metaanalizie dziewięciu badań przeprowadzonych dla czasopisma naukowego "Human Reproduction" wykazano że pacjentki z adenomiozą zdiagnozowaną za pomocą rezonansu magnetycznego miały statystycznie zmniejszona częstotliwość ciąż o 28%, oraz większą liczbę poronień (31,9%) niż w grupie kontrolnej (14,1%) [20].

W leczeniu adenomiozy nacisk kładzie się na zatrzymanie destrukcyjnego, cyklicznego etapu przemiany ektopowego endometrium poprzez opóźnienie aktywności wzrostowych zmian w gruczołach. Przyczynia się to do zahamowania procesu niszczenia błony mięśniówki macicy. Niezbędnym elementem w leczeniu jest wprowadzenie leczenia ukierunkowanego przeciwzapalnie i przeciwbólowo. Postępowanie terapeutyczne w przypadku adenomiozy dzieli się na dwie ścieżki - zachowawczą, która polega na procesie zatrzymania rozwoju zmian chorobowych, oraz radykalną opierającą się na operacyjnym usunięciu zmian adenomiozy. U kobiet z planami prokreacyjnymi najczęstszą metodą leczenia jest leczenie zachowawcze poprzez stosowanie terapii hormonalnej. Ciągłe stosowanie doustnych tabletek antykoncepcyjnych, progestagenów w dużych dawkach lub hormonalnych wkładek wewnątrzmacicznych może przyczynić się do przejściowego stanu regresji choroby. Standard w leczeniu adenomiozy radykalnej opiera się na wykonaniu histerektomii, czyli operacyjnym usunięciu macicy. Do dnia dzisiejszego nie istnieje terapia która mogłaby sukcesywnie leczyć adenomiozę i nie miałaby wpływu na płodność kobiety. Jest to ogromny problem medyczny, z którym mierzą się kobiety pragnące mieć w przyszłości potomstwo [20, 21].

PODSUMOWANIE

Endometrioza jest przewlekłym schorzeniem, które dotyka około 10 procent kobiet w wieku reprodukcyjnym. To jeden z najczęstszych powodów bólu oraz niepłodności u kobiet.

Polega na występowaniu ognisk endometriozy poza jamą macicy, w przyległych do niej tkankach, takich jak jajowody, jajnik, pęcherz moczowy a nawet jelita.

Endometrioza jest często diagnozowana z opóźnieniem lub błędnie, co wpływa na dalszy przebieg choroby i zdrowie kobiety. Dlatego tak ważne jest, aby zwiększyć świadomość społeczną na temat endometriozy, a także poprawić dostępność do specjalistycznej diagnostyki i leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Szyłło K., Mroczkowska B.: Jakość życia kobiet z endometriozą. *Ginekologia po Dyplomie 2020*; 1: 23-25.
2. Check JH.: Increased tissue permeability and sympathetic nervous system hypofunction may be the common link between dysmenorrhea, chronic pelvic pain, Mittelschmerz, and Crohn's disease. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology 2016*; 1: 112-113.
3. Maksym R., Baranowski W.: Etiopatogeneza endometriozy - geny czy środowisko? *Ginekologia po Dyplomie 2020*; 1: 5-10.
4. Kechagias KS., Katsikas Triantafyllidis K., Kyriakidou M, Giannos P., Kalliala I., Veroniki AA., Paraskevaidi M., Kyrgiou M.: The Relation between Caffeine Consumption and Endometriosis: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients 2021*; 10: 3457.
5. Ramos-Echevarría P. M.: Impact of the early COVID-19 era on endometriosis patients: Symptoms, stress, and access to care. *J. Endometriosis Pelvic Pain Disorder 2021*; 2: 111–121.
6. Chen LH., Lo WC., Huang HY., Wu HM.: A Lifelong Impact on Endometriosis: Pathophysiology and Pharmacological Treatment. *International Journal of Molecular Sciences 2023*; 24(8): 7503.
7. Esmailzadeh S., Ghorbani M., Abdolazadeh M., Chehrazi M., Jorsaraei SG., Mirabi P.: Stages of endometriosis: Does it affect oocyte quality, embryo development and fertilization rate? *JBRA Assisted Reproduction 2022*; 4: 620-626.
8. Adewuyi EO., Sapkota Y.: Shared Molecular genetics mechanisms underlie endometriosis and migraine comorbidity. *Genes 2020*; 3: 268-275.
9. Nisenblat V., Bossuyt PM., Shaikh R.: Blood biomarkers for the non-invasive diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2016*; 5: 12179.

10. Vercellini P., Facchin F., Buggio L.: Management of endometriosis: toward value-based, cost-effective, affordable care. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2018; 6: 726-749.
11. Simone A., Condemi I., Retto G., Rosaria M., Bruno A., Antonio R., Triolo O., Cedro C.: Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2015; 194: 30-33.
12. Taylor H.S., Giudice L.C., Lessey B.A., Abrao M.S., Kotarski J., Archer D.F., Diamond M.P., Surrey E., Johnson N.P., Watts N.B.: Treatment of Endometriosis-Associated Pain with Elagolix, an Oral GnRH Antagonist. *The New England Journal of Medicine* 2017; 377: 28-40.
13. Allaire C., Bedaiwy MA., Yong PJ.: Diagnosis and management of endometriosis. *Canadian Medical Association Journal* 2023; 14: 363-371.
14. Simanski C.J., Althaus A., Hoederath S., Kreutz K.W., Hoederath P., Lefering R., Pape-Köhler C., Neugebauer E.A.: Incidence of chronic postsurgical pain (CPSP) after general surgery. *Pain Med* 2014; 15: 1222-1229.
15. Dunselman GA., Vermeulen N., Becker C.: ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Human Reproduction* 2014; 29: 400-412.
16. Czyżyk A., Kurzawa R.: Leczenie niepłodności u kobiet z endometriozą – czy zawsze techniki wspomaganego rozrodu? *Gienkologia po Dyplomie* 2020;1: 17-19.
17. Stolińska H. *Endometrioza - leczenie dietą*. Warszawa 2021
18. Szpunur-Radkowska H., *Dieta w endometriozie*. PZWL Warszawa 2021
19. Struble J., Reid S., Bedaiwy MA.: Adenomyosis: A Clinical Review of a Challenging Gynecologic Condition. *J Minimum Invasive Gynecology* 2016; 23(2): 164-185.
20. Vercellini P., Consonni D., Dridi D., Bracco B., Frattaruolo M.P., Somigliana E.: Uterine adenomyosis and in vitro fertilization outcome: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction* 2014; 29: 964-977.
21. Senturk LM., Imamoglu M.: Adenomyosis: What is New? *Women's Health*. 2015; 11(5): 717-724.

Jakość życia kobiet w wieku rozrodczym z rozpoznaną endometriozą

Katarzyna Lenkiewicz^{1,2}, Krystyna Klimaszewska³

1. Absolwentka studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Oddział Pediatrii i Neurologii Dziecięcej, Szpital Wojewódzki im. J. Śniadeckiego w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Endometrioza jest chorobą ginekologiczną dotykającą co dziesiątą kobietę na świecie. Ma ona ogromny wpływ na życie pacjentek, ponieważ zaburza obraz kobiecości. Choroba ta wpływa na wiele aspektów życia kobiety. Niekiedy prowadzi do całkowitego obniżenia jakości życia poprzez permanentny ból w obszarze zmian endometrialnych, zaburzenia życia seksualnego poprzez dyskomfort bólowy, niemożność zajścia w ciążę i ogólną frustrację spowodowaną faktem, iż endometrioza jest nieuleczalną chorobą przewlekłą. Konsekwencje choroby bardzo często są nie tylko fizyczne, ale również psychiczne. Wiele pacjentek z rozpoznaną endometriozą choruje też na depresję i zaburzenia lękowe. Przez lata powszechne było stwierdzenie, że "miesiączka musi boleć", przez co kobiety nie czuły wystarczającego zrozumienia i wsparcia ze strony najbliższych. Na szczęście powszechny pogląd kobiety cierpiącej podczas menstruacji zanika i coraz więcej mówi się w mediach, szkołach, ośrodkach zdrowia o endometriozie. Wielkim sukcesem okazało się ustanowienie miesiąca - marca, jako miesiąca świadomości endometriozy. Przyczyniło się to do pogłębienia wiedzy i świadomości społeczeństwa na temat endometriozy i jej przykrych objawów [1].

CEL PRACY

- Badanie jakości życia kobiet z wykrytą endometriozą,
- Analiza objawów endometriozy względem stadium rozwoju choroby,
- Ocena jakości opieki medycznej w przebiegu endometriozy,
- Przedstawienie problemu bolesności choroby i jej wpływu na funkcjonowanie kobiet,
- Analiza występowania depresji u kobiet z rozpoznaną endometriozą.

MATERIAŁ I METODA

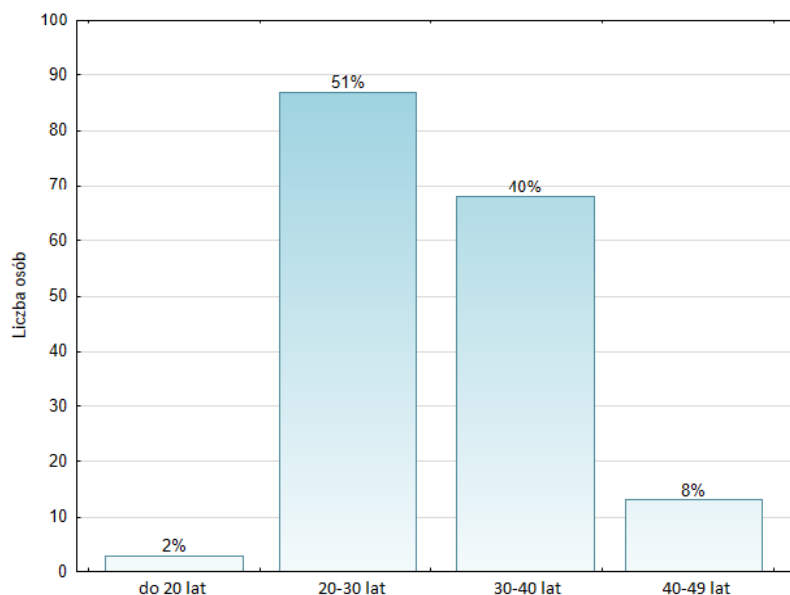
W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, stosując technikę ankietową. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, udostępniony drogą internetową przy użyciu Arkusza Google. Ankieta została złożona z 46 pytań. Badanie przeprowadzono na 171 pełnoletnich kobietach ze zdiagnozowaną endometriozą, mieszkających w Polsce.

Na zrealizowanie badań uzyskano zgodę Komisji etyki UMB o numerze APK.002.156.2023.

Badania zostały przeprowadzone w terminie od 15 marca 2023 roku do 26 marca 2023 roku. Uzyskane wyniki za pomocą sondażu diagnostycznego przeanalizowano statystycznie w programie Statistica. Następnie, spośród danych statystycznych, dokonano analizy wniosków.

WYNIKI

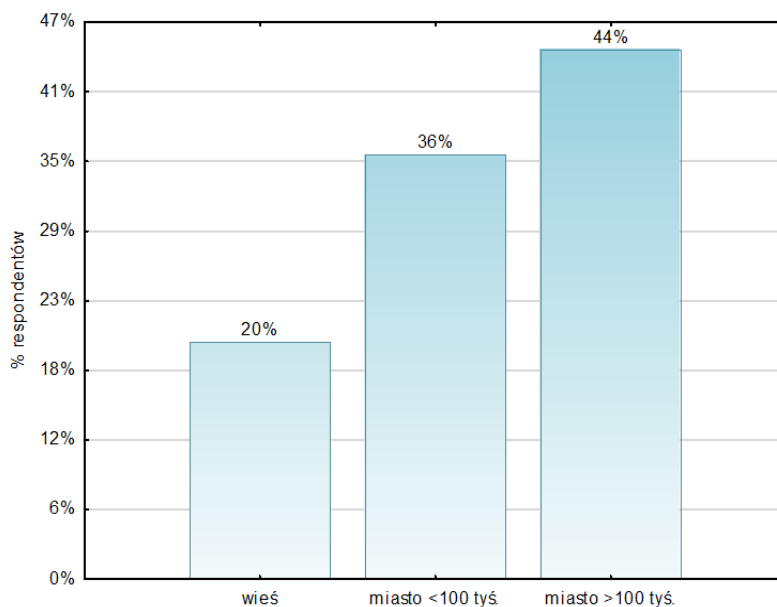
W badaniu ankietowym wzięły udział 171 kobiet z rozpoznaną endometriozą. Najliczniejszą grupą respondentek stanowi grupa wiekowa 20-30 lat (51%). Następnie, 40% odpowiedzi uzyskano w grupie kobiet 30-40 lat. Najmniej liczną grupą respondentek są kobiety, które nie ukończyły 20 lat (2%). Rozkład wieku respondentów przedstawiono na Rycinie 1.



Rycina 1. Wiek respondentów

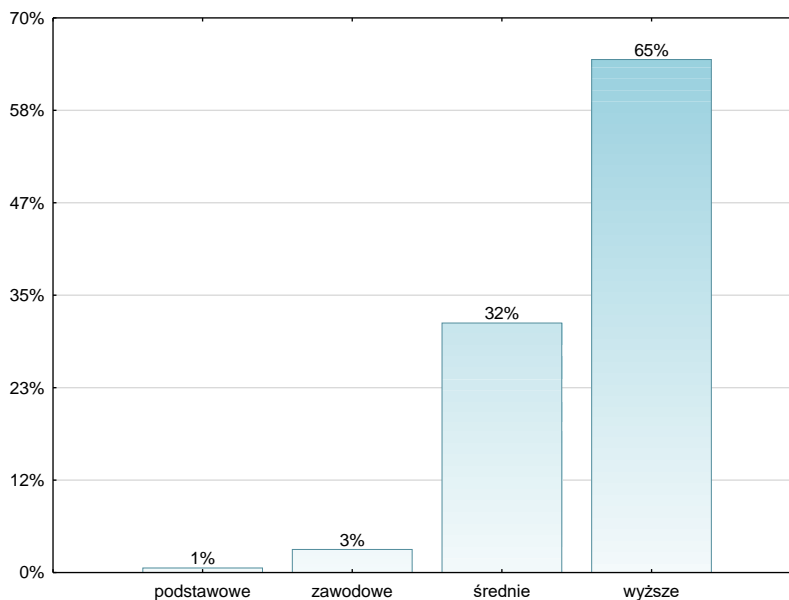
Jakość życia kobiet w wieku rozrodczym z rozpoznaną endometriozą

44% (76 respondentów) zamieszkuje miasto liczące powyżej 100 tys. mieszkańców, następnie 36% (61 osób) zamieszkuje miasta do 100 tys. mieszkańców. Najmniej, 20% (34 respondentów) zamieszkuje wieś. Szczegóły zamieszczono na Rycinie 2.



Rycina 2. Miejsce zamieszkania respondentów

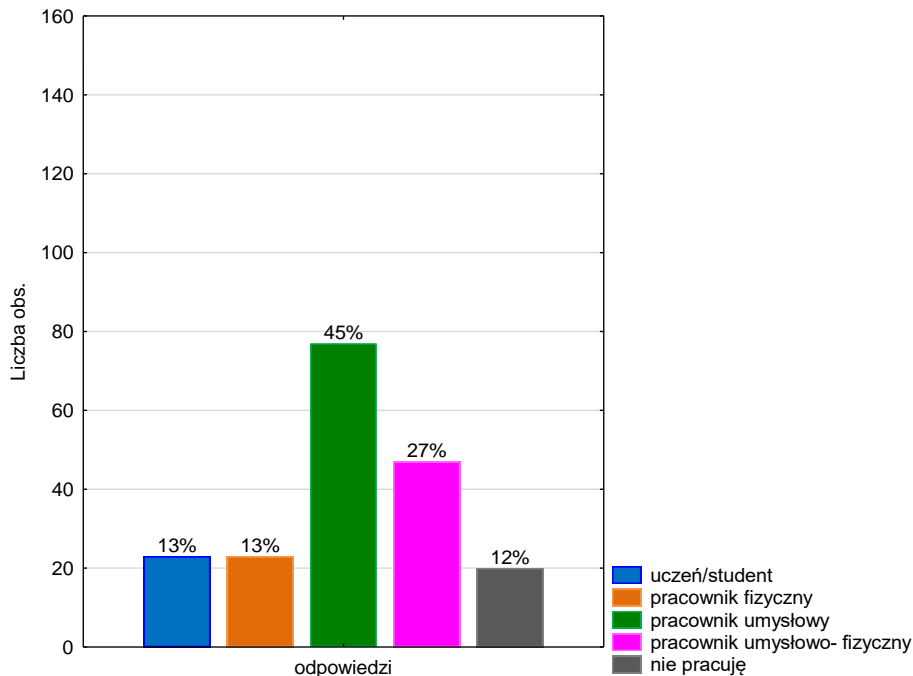
Blisko $\frac{3}{4}$ kobiet (65%) posiada wyższe wykształcenie. Najmniej respondentów wskazało wykształcenie zawodowe i podstawowe. Szczegóły przedstawiono na Rycinie 3.



Rycina 3. Wykształcenie respondentów

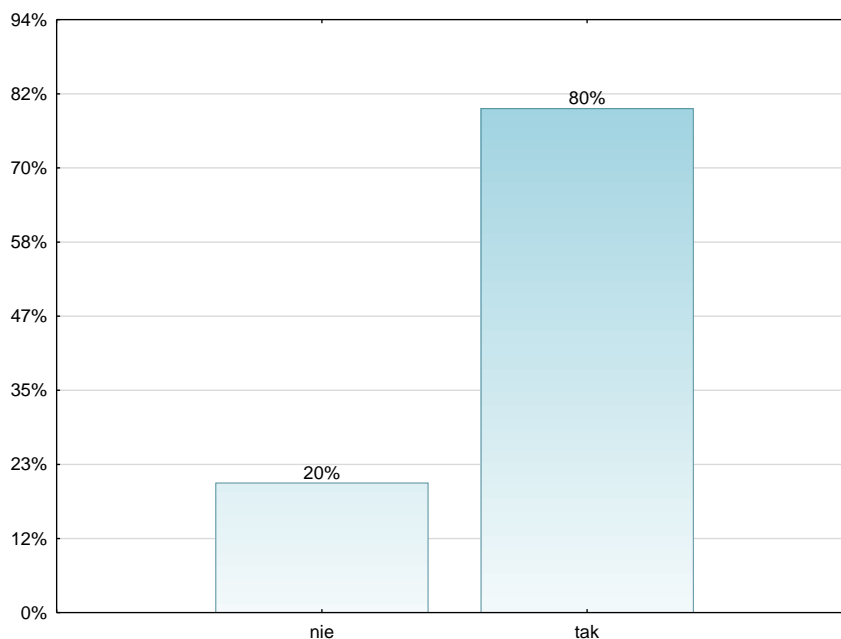
Jakość życia kobiet w wieku rozrodczym z rozpoznaną endometriozą

Respondentki wykonują pracę o charakterze fizycznym, umysłowym oraz umysłowo-fizycznym. Najliczniejszą grupę stanowią pracownice wykonujące zawód o charakterze umysłowym 45%. Uczennice i studentki stanowią 13% wszystkich odpowiedzi. Szczegóły przedstawiono na Rycinie 4.



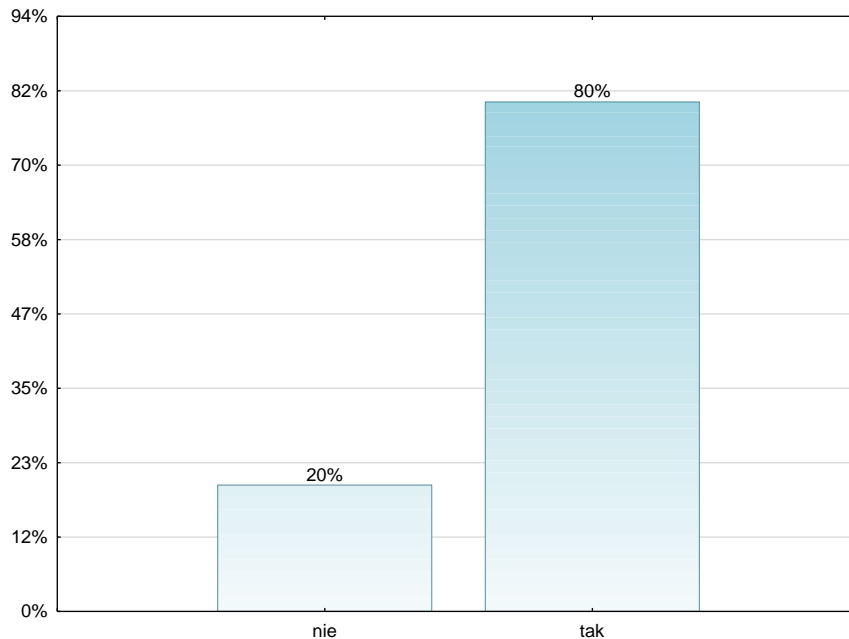
Rycina 4. Rodzaj wykonywanej pracy

Zdecydowana większość badanych jest w związku partnerskim lub małżeńskim 80%. Respondentki posiadające status wolny liczyły 20%. Szczegóły przedstawiono na Rycinie 5.



Rycina 5. Czy aktualnie jest Pani w związku partnerskim/malżeńskim?

Podobny rozkład procentowy występuje w pytaniu odnośnie aktywności seksualnej. Aktywne seksualnie kobiety stanowią 80%, a nie współżyjące - 20%. Szczegóły przedstawiono na Rycinie 6.



Rycina 6. Czy jest Pani aktywna seksualnie?

Przeprowadzono badanie "Czy na ocenę jakości życia seksualnego ma wpływ poziom bólu odczuwanego podczas stosunków płciowych". Kobiety, które rzadko odczuwają ból podczas stosunków, aż w 72,73% uznają swoje życie seksualne za bardzo udane. Z kolei pacjentki z endometriozą, które bardzo często odczuwają ból podczas seksu oceniają życie seksualne za nieudane 44,59% i bardzo nieudane (50%). Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności. Uzyskany wynik badania jest istotny statystycznie $p=,00000$. Wobec tego na ocenę jakości życia seksualnego wpływa poziom bólu odczuwanego podczas stosunków płciowych. Wyniki szczegółowe przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Czy na ocenę jakości życia seksualnego ma wpływ poziom bólu odczuwalnego podczas stosunków płciowych?

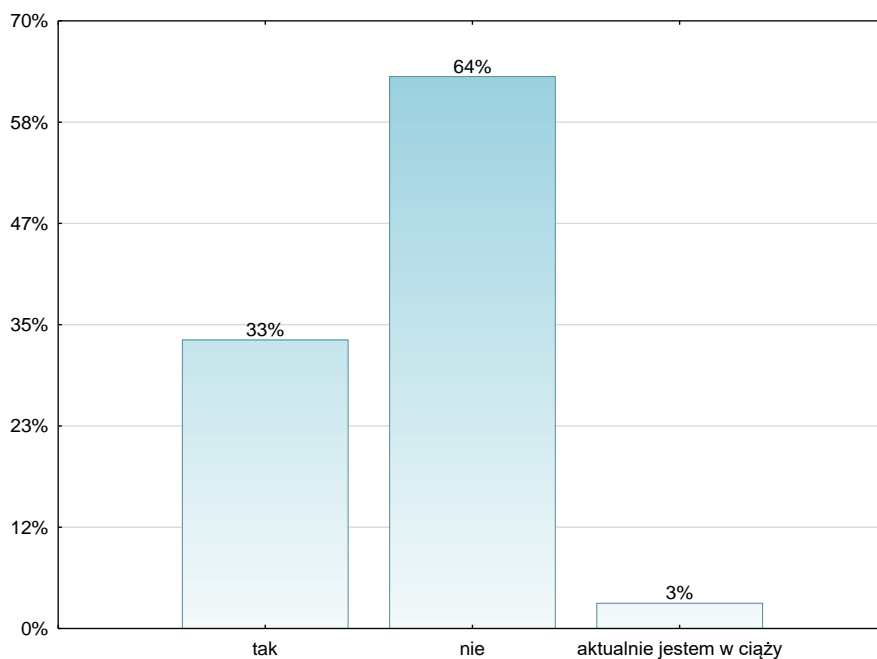
Ocena życia seksualnego	Ogólnie			Tak, bardzo często odczuwam ból podczas stosunków		Tak, często odczuwam ból podczas stosunków		Tak, ale rzadko odczuwam ból podczas stosunków		Nie odczuwam bólu podczas stosunków	
		Liczba	%								
Bardzo udane	11			0	0%	2	18,18%	8	72,73%	1	9,09%
Udane	76			12	15,79%	25	32,89%	28	36,84%	11	14,47%
Nieudane	74			33	44,59%	28	37,84%	8	10,81%	5	6,76%
Bardzo nieudane	10			5	50%	3	30%	0	0%	2	20%

Poddano analizie kolejne pytanie “Czy odczuwanie bólu podczas stosunków płciowych ma wpływ na ryzyko zmniejszenia aktywności seksualnej?” Panie, które bardzo często odczuwają ból podczas aktywności seksualnej, aż w 56% przypadków bardzo często są zmuszone zrezygnować z aktywności seksualnej. Z kolei kobiety, które rzadko odczuwają ból podczas seksu (36,36%) oraz nie odczuwają żadnego bólu podczas seksu (73,68%), nie czują potrzeby rezygnacji z stosunków seksualnych. Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności. Uzyskany wynik badania jest istotny statystycznie $p=,00000$. Wobec tego, odczuwanie bólu podczas stosunków płciowych ma wpływ na ryzyko zmniejszenia aktywności seksualnej. Wyniki szczegółowe przedstawiono w Tabeli 2.

Tabela 2. Czy odczuwanie bólu podczas stosunków płciowych ma wpływ na ryzyko zmniejszenia aktywności seksualnej?

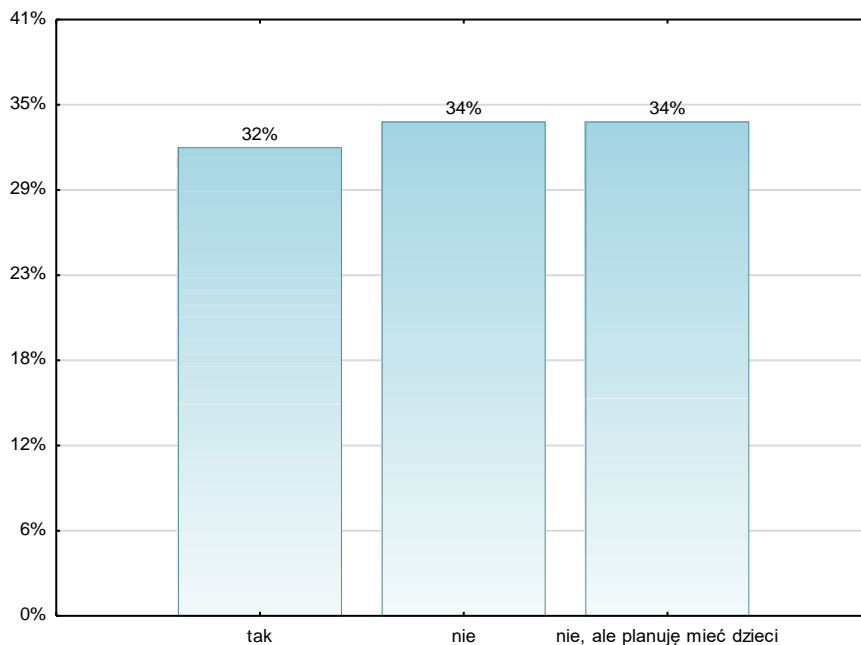
„Czy odczuwa Pani ból podczas stosunków?”	Ogólnie			Bardzo często jestem zmuszona zrezygnować z aktywności seksualnej		Często jestem zmuszona zrezygnować z aktywności seksualnej		Rzadko jestem zmuszona zrezygnować z aktywności seksualnej		Nie czuję potrzeby rezygnacji z aktywności seksualnej	
		Liczba	%								
Tak, bardzo często	50			28	56%	13	26%	3	6%	6	12%
Tak, często	58			7	12,07%	22	37,93%	22	37,93%	7	12,07%
Tak, ale rzadko	44			0	0%	9	20,45%	19	43,18%	16	36,36%
Nie odczuwam bólu	19			2	10,53%	0	0%	3	15,79%	14	73,68%

Na rycinie przedstawiono rozkład procentowy na pytanie “Czy była pani w ciąży?”. 33% kobiet było w ciąży, 64% pacjentek z endometriozą odpowiedziało, że nie było w ciąży. Wyniki szczegółowe przedstawiono na Rycinie 7.



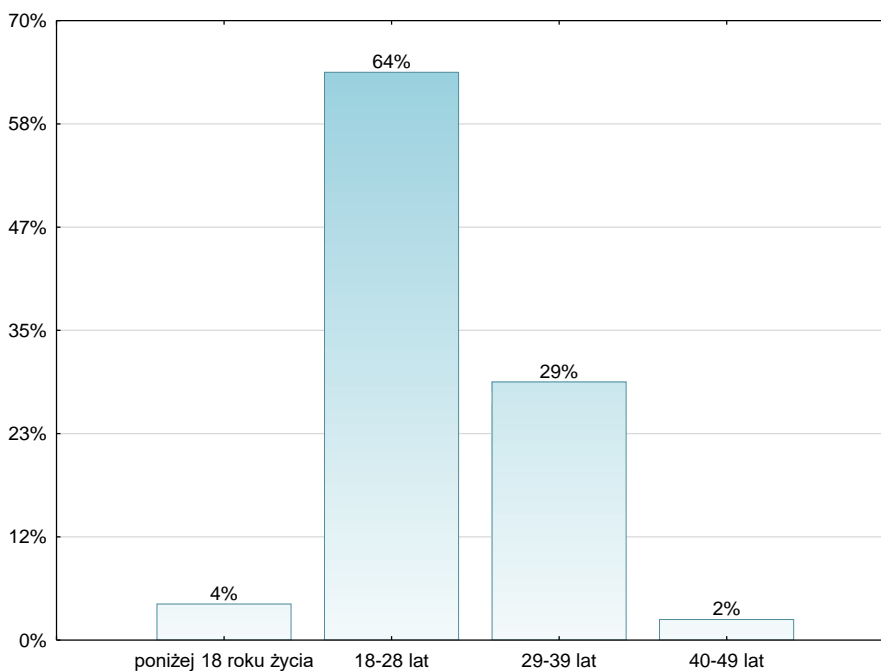
Rycina 7. Czy była Pani w ciąży?

Na pytanie „Czy ma Pani dzieci?” uzyskano około $\frac{1}{3}$ we wszystkich trzech odpowiedziach: „tak”, „nie”, oraz „nie, ale w przyszłości planuję mieć dziecko/dzieci”. Zdecydowana większość kobiet (68%) nie ma dzieci. Natomiast $\frac{1}{3}$ respondentek ma dzieci (Rycina 8).



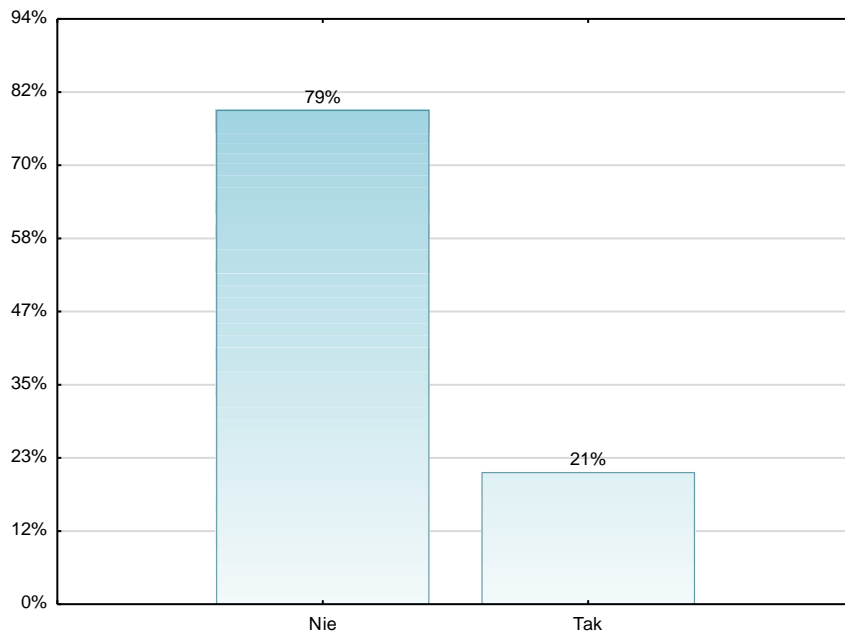
Rycina 8. Czy ma Pani dzieci?

Przeanalizowano wiek zdiagnozowania endometriozy. Najczęściej diagnozowano kobiety w przedziale wiekowym 18-28 lat (64%), a następnie w przedziale wiekowym 29-39 lat (29%) (Rycina 9).



Rycina 9. W jakim wieku zdiagnozowano u Pani endometriozę?

Respondentki zapytano, czy kiedykolwiek zdiagnozowano u nich depresję po zdiagnozowaniu endometriozy. Prawie co 5 kobieta odpowiedziała twierdząco na te pytanie (Rycina 10).



Rycina 10. Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Pani depresję związaną z poczuciem bezradności będącej wynikiem zdiagnozowania endometriozy?

Dokonano analizy pytania “Czy na ryzyko depresji ma wpływ częstotliwość pojawiającego się bólu oraz występowanie problemów z snem”? Osoby z zdiagnozowaną depresją aż w 66,6% doświadczają dolegliwości bólowych kilka razy dziennie, zaś nie ma osoby z rozpoznaną depresją która nigdy nie doświadczyła bólu. Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności. Uzyskany wynik badania jest istotny statystycznie $p=,00711$. Wobec tego na ryzyko wystąpienia depresji ma wpływ częstotliwość pojawiania się bólu.

W kwestii problemów ze snem, osoby budzące się kilka razy w nocy mają zdiagnozowaną depresję w 44,4%. Kobiety bez problemów ze snem mają zdiagnozowaną depresję w 16,6%. Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności. Uzyskany wynik badania nie jest istotny statystycznie $p=,10627$. Wobec tego na ryzyko wystąpienia depresji nie mają wpływu problemy ze snem. Szczegóły badania przedstawiono w Tabeli 3.

Tabela 3. Czy na ryzyko rozwoju depresji ma wpływ częstotliwość pojawiającego się bólu oraz występowanie problemów ze snem?

Osoby chore na endometriozę z zdiagnozowaną depresją	Częstotliwość pojawiającego się bólu	Liczba	%	Występowanie problemów ze snem	Liczba	%
	Kilka razy dziennie	24	66,6	Budzenie się kilka razy w nocy	16	44,4
	Raz dziennie	2	5,5	Budzenie się raz w nocy	4	11,1
	Raz w tygodniu	3	8,3	Problemy z zaśnięciem	10	27,7
	Tylko podczas miesiączki	7	19,4	Brak problemów	6	16,6
	Nigdy	0	0			

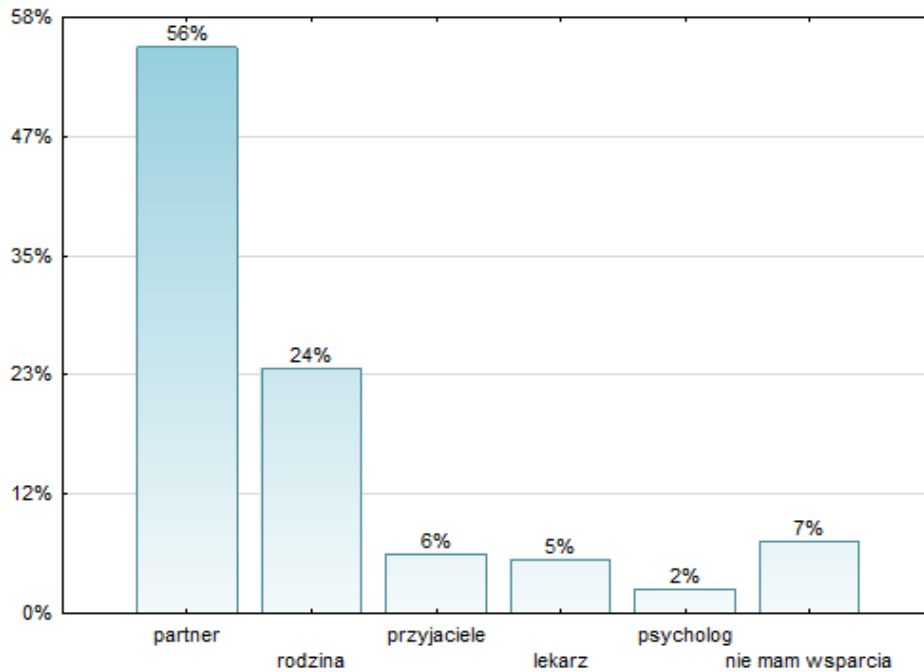
Przeprowadzono analizę “Czy brak wsparcia najbliższych ma wpływ na rozwój depresji spowodowany rozwojem endometriozy”? Osoby które nie otrzymały wsparcia i zostały zdiagnozowane w kierunku depresji stanowią 27,29%. Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności. Uzyskany wynik badania nie jest istotny statystycznie $p=,34360$. Wobec tego brak wsparcia najbliższych nie ma wpływu na rozwój depresji spowodowany rozwojem endometriozy. Szczegóły zamieszczono w Tabeli 4.

Tabela 4. Czy wsparcie najbliższych lub jego brak ma wpływ na rozwój depresji spowodowany rozwojem endometriozy?

„Czy otrzymuje Pani wsparcie od przyjaciół/partnera/partnerki/rodziny?”	Ogólnie			Zdiagnozowano depresję po zdiagnozowaniu endometriozy	Nie zdiagnozowano depresji po zachorowaniu endometriozy		
Tak	142	Liczba	%	28	19,72%	114	80,28%
Nie	29	Liczba	%	8	27,59%	21	72,41%

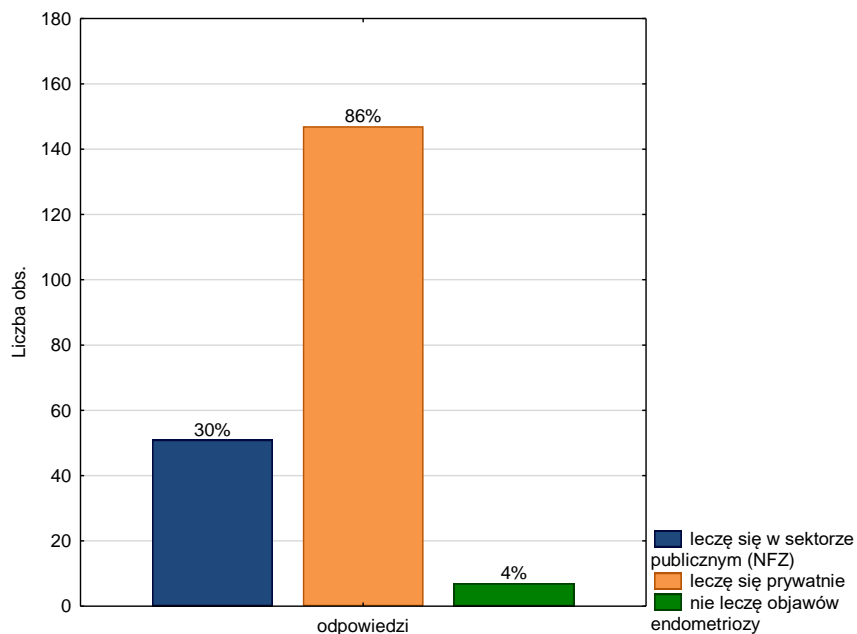
Jakość życia kobiet w wieku rozrodczym z rozpoznaną endometriozą

Największym wsparciem dla chorych na endometriozę jest partner 56%. Osoby niemające wsparcia stanowią 7% pacjentek. Szczegóły badania przedstawiano na Rycinie 11.



Rycina 11. Kto jest Pani największym wsparciem w chorobie?

Pacjentki z endometriozą aż w 86% leczą się prywatnie, z kolei kobiety korzystające z sektora publicznego (NFZ) stanowią 30%. Szczegóły badania przedstawiono na Rycinie 12.



Rycina 12. Leczy się Pani prywatnie, czy korzysta Pani z opieki publicznej ochrony zdrowia (NFZ)?

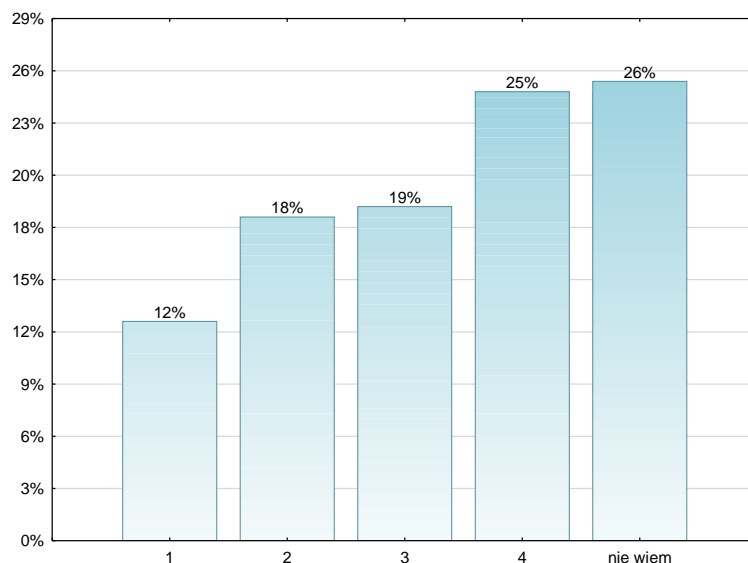
Jakość życia kobiet w wieku rozrodczym z rozpoznaną endometriozą

Osoby które są bardzo niezadowolone z opieki sektora publicznej służby zdrowia, stanowią 7,84%, w porównaniu z 19,73% osób korzystających z prywatnej opieki medycznej. Zadowolenie ze świadczeń medycznych w ramach NFZ wykazuje 23,53%, zaś z prywatnej opieki 22,45%. Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności. Uzyskany wynik badania dla zmiennej sektora publicznej ochrony zdrowia (NFZ) nie jest istotny statystycznie $p=,13076$. Zmienna prywatnej opieki medycznej wyniosła $p=,04087$. Wobec tego sektor publicznej ochrony zdrowia nie ma wpływu na zadowolenie z opieki, w przeciwieństwie do sektora prywatnej opieki medycznej który ma wpływ na zadowolenie. Szczegóły badania przedstawiono w Tabeli 5.

Tabela 5. Czy forma opieki medycznej ma wpływ na zadowolenie z opieki medycznej?

Forma opieki			Bardzo zadowolona		Zadowolona		Trudno powiedzieć		Niezadowolona		Bardzo niezadowolona	
	Liczba	%	1	1,96%	12	23,53%	18	35,29%	16	31,37%	4	7,84%
Sektor publicznej ochrony zdrowia (NFZ)			5	3,4%	33	22,45%	32	21,77%	48	32,65%	29	19,73%
Sektor prywatnej opieki zdrowotnej												

26% kobiet nie jest świadomych jaki ma stopień endometriozy. Najcięższy stopień endometriozy posiada 25% respondentek, najlżejszy stopień ma 12% badanych. Szczegóły przedstawiono na Rycinie 13.



Rycina 13. Jaki stopień zaawansowania endometriozy został stwierdzony?

Dieta, aktywność fizyczna oraz fizjoterapia jest najczęściej wybieraną metodą terapeutyczną w III stopniu zaawansowania endometriozy (dieta oraz aktywność fizyczna 53,13%, oraz fizjoterapia 46,88%). Leczenie hormonalne oraz leczenie przeciwbólowe najczęściej jest stosowane u osób z niezdiagnozowanym stopniem zaawansowania choroby. Leczenie operacyjne występuję aż u 72,09% badanych z IV stopniem zaawansowania. Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności.

Wyniki uzyskane:

- Chi kwadrat dieta oraz aktywność fizyczna: $p=,1994$
- Chi kwadrat leczenie hormonalne: $p=,63088$
- Chi kwadrat leczenie przeciwbólowe: $p=,19921$
- **Chi kwadrat leczenie operacyjne: $p=,00026$**
- **Chi kwadrat fizjoterapia: $p=,00105$.**

Wobec tego częstotliwość wybierania diety, aktywności fizycznej, leczenia hormonalnego oraz przeciwbólowego jako formy leczenia nie jest zależne od stopnia zaawansowania endometriozy. W przeciwieństwie do leczenia operacyjnego oraz fizjoterapii, gdzie dane formy leczenia są zależne od stopnia zaawansowania choroby. Szczegóły przedstawiono w Tabeli 6.

Tabela 6. Czy stopień zaawansowania endometriozy ma wpływ na wybór formy leczenia?

Stopień zaawansowania endometriozy			Dieta oraz aktywność fizyczna		Leczenie hormonalne		Leczenie przeciwbólowe		Leczenie operacyjne		Fizjoterapia	
	Liczba	%										
I			6	28,57%	13	61,9%	11	52,38%	4	19,05%	4	19,05%
II			8	25,81%	18	58,06%	16	51,61%	21	67,74%	2	6,45%
III			17	53,13%	24	75%	24	75%	18	56,25%	15	46,88%
IV			17	39,53%	28	65,12%	29	67,44%	31	72,09%	15	34,88%
Nie wiem			18	40,91%	31	70,45%	31	70,45%	18	40,91%	7	15,91%

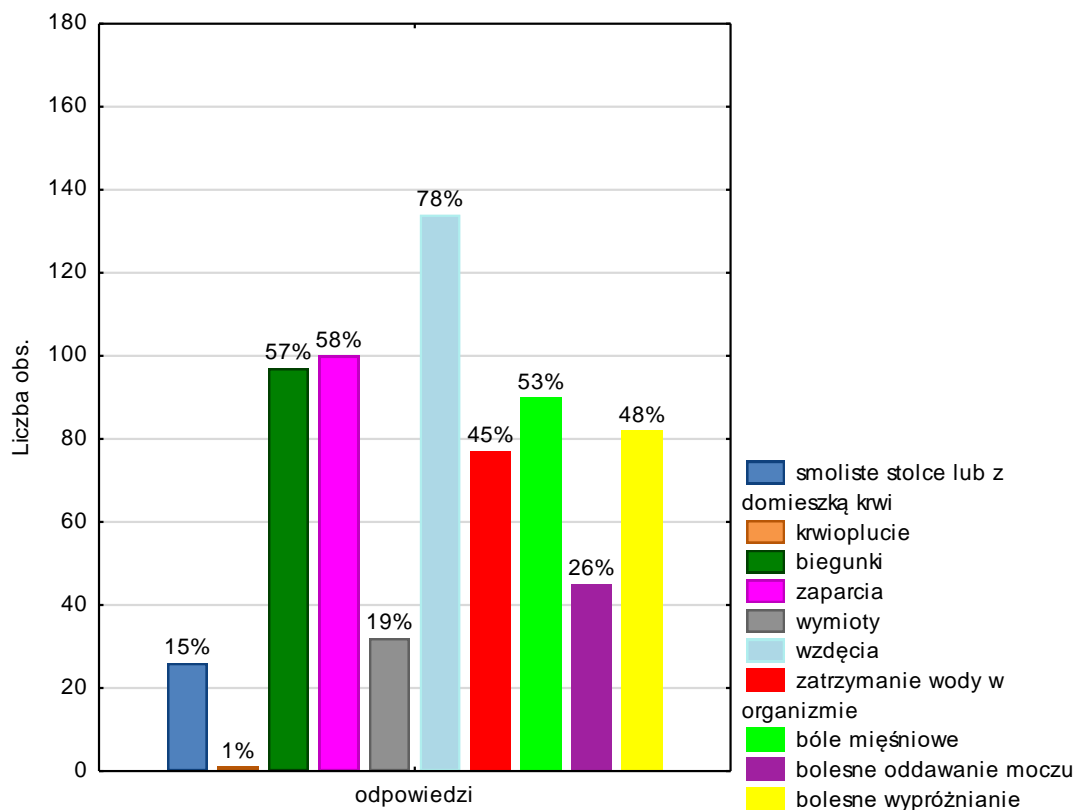
Ankieterki najczęściej wybierały odpowiedź, że ich nasilenie choroby z miesiąca na miesiąc nasiliło się. Rozbieżność odpowiedzi pomiędzy I a IV stadium choroby wyniosła od 68,75% do 76,19%. Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności. Uzyskany wynik badania wyniósł $p=,53737$ i nie jest istotny statystycznie. Zatem stopień endometriozy nie ma wpływu na nasilenie choroby. Szczegóły przedstawiono w Tabeli 7.

Tabela 7. Czy stopień zaawansowania endometriozy ma wpływ na nasilenie choroby?

Stopień zaawansowania endometriozy			Nasilenie choroby nie zmieniło się		Nasilenie choroby z miesiąca na miesiąc nasilało się		Nasilenie choroby z miesiąca na miesiąc zmniejszyło się		Objawy ustały	
	Liczba	%								
I			5	23,81%	16	76,19%	0	0%	0	0%
II			7	22,58%	22	70,97%	0	0%	2	6,45%
III			7	21,88%	22	68,75%	1	3,13%	2	6,25%
IV			7	16,28%	32	74,42%	3	6,98%	1	2,33%
Nie wiem			14	31,82%	24	54,55%	4	9,09%	2	4,55%

Jakość życia kobiet w wieku rozrodczym z rozpoznaną endometriozą

Najczęstszym objawem endometriozy są wzdęcia (78%), najrzadszym objawem jest krwioplucie (1%). Szczegóły zamieszczono na Rycinie 14.



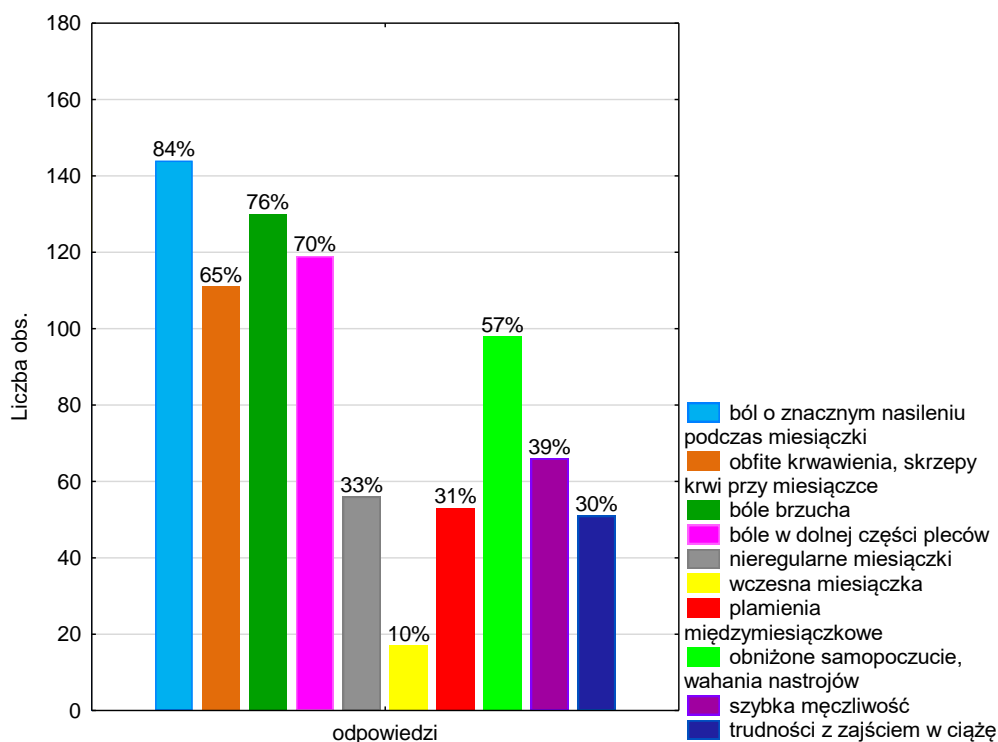
Rycina 14. Jakie inne objawy endometriozy zauważyła Pani u siebie?

Najwięcej kobiet miało zdiagnozowaną endometriozę w wieku 18-29 lat. Największy odsetek stanowiły kobiety w przedziale 18-29 lat mieszkające w mieście do 100 tys. mieszkańców. Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności. Uzyskany wynik badania wyniósł $p=,40516$ i nie jest istotny statystycznie. Zatem miejsce zamieszkania nie ma wpływu na wiek w którym została zdiagnozowana endometrioza. Szczegóły zamieszczono w Tabeli 8.

Tabela 8. Czy miejsce zamieszkania ma wpływ na wiek, w którym została zdiagnozowana endometrioza?

Miejsce zamieszkania			poniżej 18 roku życia		18-28 lat		29-39 lat		40-49 lat		Ogólnie liczba osób
	Liczba	%									
wieś			0	0%	22	64,71%	12	35,29%	0	0%	34
miasto do 100 tys. mieszkańców			3	4,92%	41	67,21%	14	22,95%	3	4,92%	61
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców			4	5,26%	47	61,84%	24	31,58%	1	1,32%	76

Najczęstszym pierwszym objawem choroby jest ból o znacznym nasileniu podczas miesiączki (84%). Najrzadszym pierwszym objawem endometriozy jest wczesna miesiączka (10%). Szczegóły przedstawiono na Rycinie 15.



Rycina 15. Jakie pierwsze objawy choroby zauważyła Pani u siebie?

Pacjentki z endometriozą dość często chodzą na badania ginekologiczne. 35,9% (61 pacjentek) częściej niż raz na pół roku chodzi do ginekologa, 36,5% (62 pacjentki) chodzi raz na pół roku, a 21,2% (36 pacjentek) chodzi raz na rok do ginekologa. Jedynie 1,2% (2 pacjentki) nie chodzi w ogóle do ginekologa.

Najczęściej endometrioza została wykryta podczas badań przesiewowych u kobiet, które raz na pół roku chodzą do ginekologa (20,97%). Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności. Uzyskany wynik badania wyniósł Chi kwadrat $p=,45153$ i nie jest istotny statystycznie. Zatem nie istnieje zależność między częstotliwością chodzenia na badania kontrolne do ginekologa, a wykrywalnością endometriozy w badaniach przesiewowych. Szczegóły przedstawiono w Tabeli 9.

Tabela 9. Czy istnieje zależność między częstotliwością chodzenia na badania kontrolne do ginekologa a wykrywalnością endometriozy w badaniach przesiewowych?

Częstotliwość chodzenia na badania kontrolne do ginekologa	Ogólnie			Endometrioza została wykryta podczas badań przesiewowych		Osoba zgłosiła się do lekarza specjalisty z powodu uciążliwych objawów	
		Liczba	%				
częściej niż raz na pół roku	61 (35,9%)			7	11,48%	54	88,52%
raz na pół roku	62 (36,5%)			13	20,97%	49	79,03%
raz na rok	36 (21,2%)			7	19,44%	29	80,56%
rzadziej niż raz na rok	5 (3,2%)			0	0%	5	100%
nie chodzę do ginekologa	2 (1,2%)			0	0%	2	100%
chodzę gdy coś mi zacznie dolegać	5 (3,2%)			0	0%	5	100%

Zbadano “Czy stopień zaawansowania choroby ma wpływ na ryzyko przeprowadzenia operacji z powodu endometriozy”. Aż 81,4% kobiet z endometriozą w najcięższym stadium choroby było operowanych z powodu endometriozy. Z kolei, 80,95% pacjentek w najlżejszym stadium choroby nigdy nie było operowanych z powodu endometriozy. Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności.

Uzyskany wynik badania wyniósł Chi kwadrat $p=,00005$ i jest istotny statystycznie. Zatem istnieje zależność między stopniem zaawansowania endometriozy a ryzykiem przeprowadzenia operacji z powodu tej choroby. Szczegóły przedstawiono w Tabeli 10.

Tabela 10. Czy stopień zaawansowania choroby ma wpływ na ryzyko przeprowadzenia operacji

Stopień zaawansowania endometriozy			Tak, byłam operowana z powodu endometriozy		Nie, nie byłam operowana z powodu endometriozy	
	Liczba	%				
I	Liczba	%	4	19,05%	17	80,95%
II	Liczba	%	21	67,74%	10	32,26%
III	Liczba	%	18	56,25%	14	43,75%
IV	Liczba	%	35	81,4%	8	18,6%
Nie wiem	Liczba	%	22	50%	22	50%

Dokonano analizy “Czy rodzaj wykonywanej pracy ma wpływ na ryzyko doświadczenia nieprzyjemności ze strony innych osób w pracy lub szkole?” Najczęściej respondentki wybierały odpowiedź, że nie doświadczają nieprzyjemności w pracy albo w szkole. Pracownice umysłowe nie doświadczyły nieprzyjemności w pracy w 61,04 %. Jest to najpopularniejsza odpowiedź spośród tej zmiennej. Z kolei, najczęściej uczennice, studentki oraz pracownice fizyczne mają bardzo często nieprzyjemności w pracy/szkole (13,04%). Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności.

Wyniki:

- Chi kwadrat uczeń: $p=,83075$
- Chi kwadrat pracownik fizyczny: $p=,83075$
- Chi kwadrat pracownik umysłowy: $p=,30854$
- Chi kwadrat pracownik umysłowo-fizyczny: $p=,30903$

Wyniki nie są istotne statystycznie. Zatem rodzaj wykonywanej pracy nie ma wpływu na ryzyko doświadczenia nieprzyjemności ze strony innych osób w pracy bądź w szkole. Wyniki szczegółowe znajdują się w Tabeli 11

Tabela 11. Czy rodzaj wykonywanej pracy ma wpływ na ryzyko doświadczenia nieprzyjemności ze strony innych osób w pracy lub w szkole?

Rodzaj wykonywanej pracy			Tak, bardzo często mam nieprzyjemności w pracy/szkole		Tak, często mam nieprzyjemności w pracy/szkole		Tak, ale rzadko doświadczam nieprzyjemności w pracy/szkole		Nie, nie doświadczam nieprzyjemności w pracy/szkole	
	Liczba	%								
uczeń/ student			3	13,04%	5	21,74%	4	17,39%	11	47,83%
pracownik fizyczny	Liczba	%	3	13,04%	5	21,74%	4	17,39%	11	47,83%
pracownik umysłowy	Liczba	%	5	6,49%	12	15,58%	13	16,88%	47	61,04%
pracownik umysłowo-fizyczny	Liczba	%	5	10,64%	8	17,02%	13	27,66%	21	44,68%

Opracowano pytanie “Czy rodzaj wykonywanej pracy wiąże się z wyższym ryzykiem opuszczania miejsca pracy/szkoły z powodu endometriozy?”. Najczęściej swoje miejsce pracy lub szkoły z powodu objawów endometriozy opuszczają uczennice lub studentki (30,43%), zaś pracownice fizyczne okazały się grupą najrzadziej opuszczającą swoje miejsce pracy z powodu objawów endometriozy (26,09%). Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności.

Wyniki:

- Chi kwadrat uczeń: $p=,45124$
- Chi kwadrat pracownik fizyczny: $p=,97086$
- Chi kwadrat umysłowy: $p=,85212$
- Chi kwadrat umysłowo-fizyczny: $p=,81061$

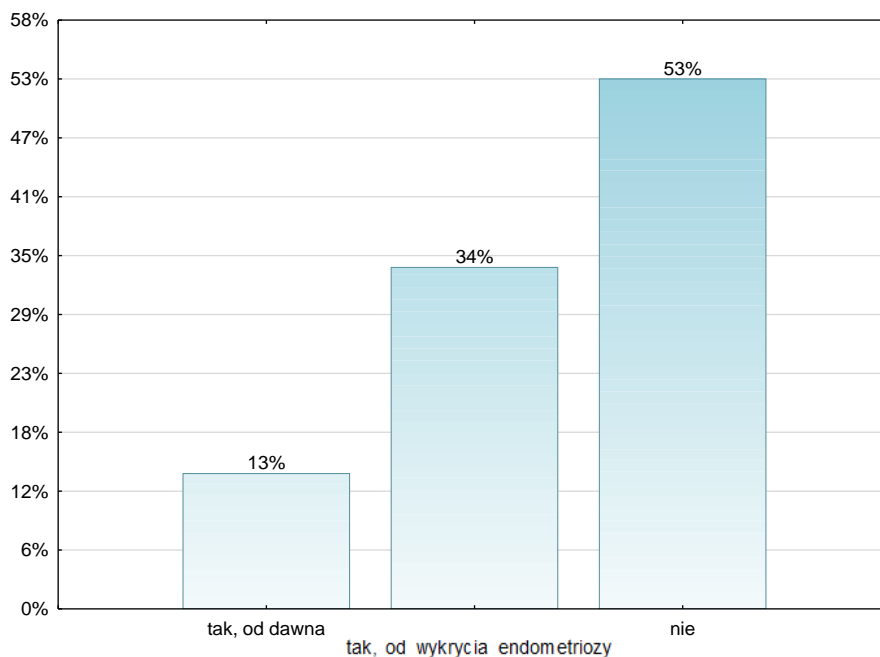
Uzyskane wyniki badań nie są istotne statystycznie. Zatem nie istnieje zależność między rodzajem wykonywanej pracy a wyższym ryzykiem opuszczania miejsca pracy lub szkoły z powodu objawów endometriozy. Szczegóły zamieszczono w Tabeli 12.

Tabela 12. Czy rodzaj wykonywanej pracy wiąże się z wyższym ryzykiem opuszczania miejsca pracy/szkoły z powodu objawów endometriozy?

Rodzaj wykonywanej pracy			tak, bardzo często (nawet raz na miesiąc) muszę opuścić miejsce pracy lub szkoły z powodu objawów endometriozy		tak, często (kilka razy w roku) muszę opuścić miejsce pracy lub szkoły z powodu objawów endometriozy		tak, ale rzadko (raz w roku) muszę opuścić miejsce pracy lub szkoły z powodu objawów endometriozy		Nie, nie opuszczam miejsca pracy lub szkoły z powodu objawów endometriozy	
	Liczba	%								
Uczeń/student			7	30,43%	6	26,09%	6	26,09%	4	17,39%
Pracownik fizyczny			5	21,74%	8	34,78%	4	17,39%	6	26,09%
Pracownik umysłowy			14	18,18%	29	37,66%	16	20,78%	18	23,38%
Pracownik umysłowo-fizyczny			10	21,28%	15	31,91%	12	25,53%	10	21,28%

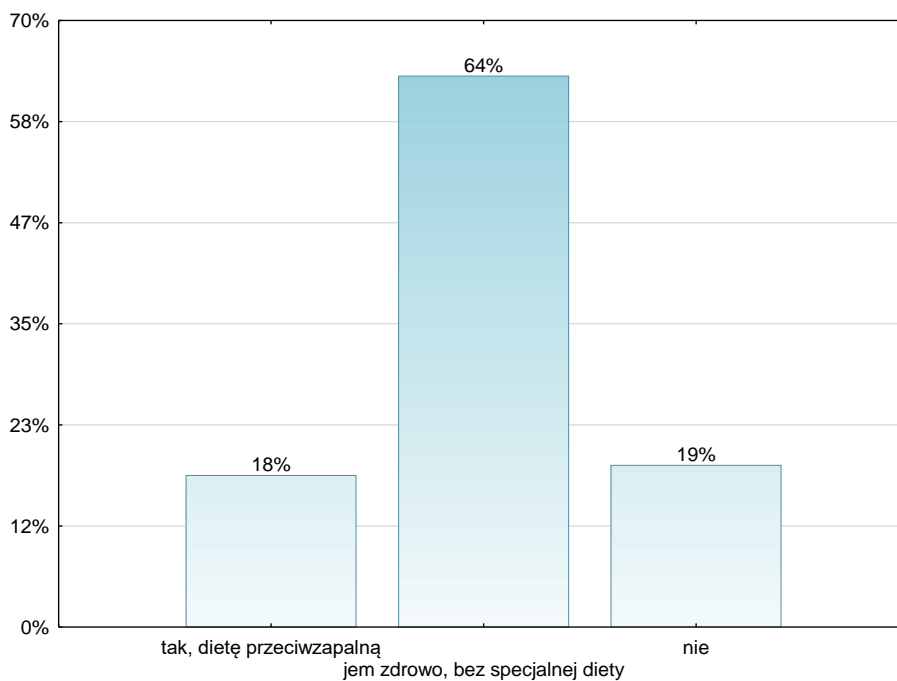
Kobiety, które zaczęły przyjmować doustną antykoncepcję od momentu wykrycia endometriozy (34%) stanowią bardziej liczną grupę niżeli respondenci, które stosowały antykoncepcję od dawna (13%). Mimo wszystko, najliczniejszą grupą badaną okazały się pacjentki, które nie przyjmują doustnej antykoncepcji (53%). Szczegóły przedstawiono na Rycinie 16.

Jakość życia kobiet w wieku rozrodczym z rozpoznaną endometriozą



Rycina 16. Czy stosuje Pani doustną antykoncepcję hormonalną lub stosuje Pani inne metody antykoncepcji?

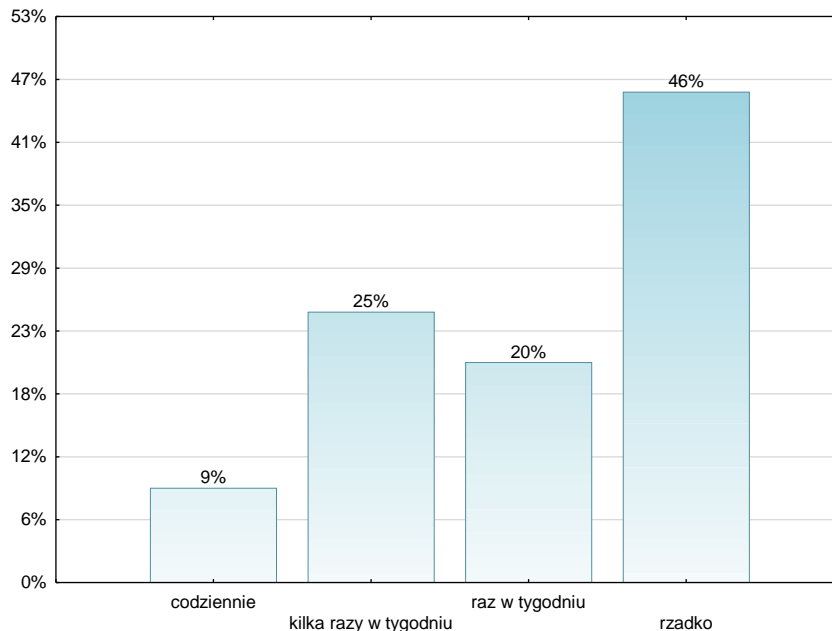
Aż 64% pacjentek je zdrowo, ale nie ma specjalistycznej diety. Dietę przeciwzapalną stosuje 18% badanych. Szczegóły przedstawiono na Rycinie 17.



Rycina 17. Czy stosuje Pani dietę?

Jakość życia kobiet w wieku rozrodczym z rozpoznaną endometriozą

Kobiety z endometriozą najczęściej wskazały, że rzadko uprawiają aktywność fizyczną (46%). Respondentki, które codziennie prowadzą aktywny styl życia, stanowią jedynie 9% wszystkich odpowiedzi. Szczegóły przedstawiono na Rycinie 18.



Rycina 18. Jak często prowadzi Pani aktywność fizyczną?

Kobiety, które nie doświadczają uczucia nie radzenia sobie z objawami endometriozy miały najczęściej endometriozę ulokowaną w jamie macicy (17,82%) oraz w jajnikach lub jajowodach (18,89%). Respondentki, które mają guzy endometrialne rozsiane poza otrzewną (np. płuca lub mózg) zaznaczyły w 66,67% odpowiedź, że bardzo często nie radzą sobie z objawami choroby. Warto wspomnieć, że jedynie 3 osoby w całym badaniu mają umiejscowione zmiany endometrialne poza otrzewną. Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności. Uzyskany wynik badania Chi kwadrat wyniósł $p=,33920$ i nie jest istotny statystycznie. Zatem miejsce występowania ognisk choroby nie ma wpływu na radzenie sobie z objawami. Szczegóły zamieszczono w Tabeli 13.

Tabela 13. Czy miejsce występowania ognisk choroby ma wpływ na radzenie sobie z objawami?

Miejsce występowania endometriozy			Tak, bardzo często nie radzę sobie z objawami choroby		Tak, często nie radzę sobie z objawami choroby		Tak, ale rzadko nie radzę sobie z objawami choroby		Nie, nie doświadczam uczucia że nie radzę sobie z objawami choroby	
	Liczba	%								
Jama macicy			27	26,73%	36	35,64%	20	19,80%	18	17,82%
Jajniki/ jajowód			28	31,11%	30	33,33%	15	16,67%	17	18,89%
Pochwa, srom, krocze			6	35,29%	5	29,41%	5	29,41%	1	5,88%
Endometrioza głęboko naciekająca (np. jelita)			26	31,71%	31	37,8%	12	14,63%	13	15,85%
Poza otrzewną (płuca, mózg)			2	66,67%	1	33,33%	0	0%	0	0%

Przeanalizowano “Czy miejsca zamieszkania ma wpływ na kwestie zrozumienia dokuczliwych objawów endometriozy wśród społeczeństwa?”. Osoby mieszkające na wsi najczęściej wskazały, że często mają uczucie, że inni nie rozumieją ich dokuczliwych objawów (41,18%). Z kolei mieszkańcy miast do 100 tys. mieszkańców oraz dużych miast powyżej 100 tys. zamieszkałych wskazały najczęściej odpowiedź, że bardzo często mają uczucie, że inni nie rozumieją ich objawów. Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności. Uzyskany wynik badania wyniósł Chi kwadrat $p=,10558$ i nie jest istotny statystycznie. Zatem miejsce zamieszkania nie ma wpływu na kwestie zrozumienia dokuczliwych objawów endometriozy wśród społeczeństwa. Szczegóły zamieszczono w Tabeli 14.

Tabela 14. Czy miejsce zamieszkania ma wpływ na kwestię zrozumienia dokuczliwych objawów endometriozy wśród społeczeństwa?

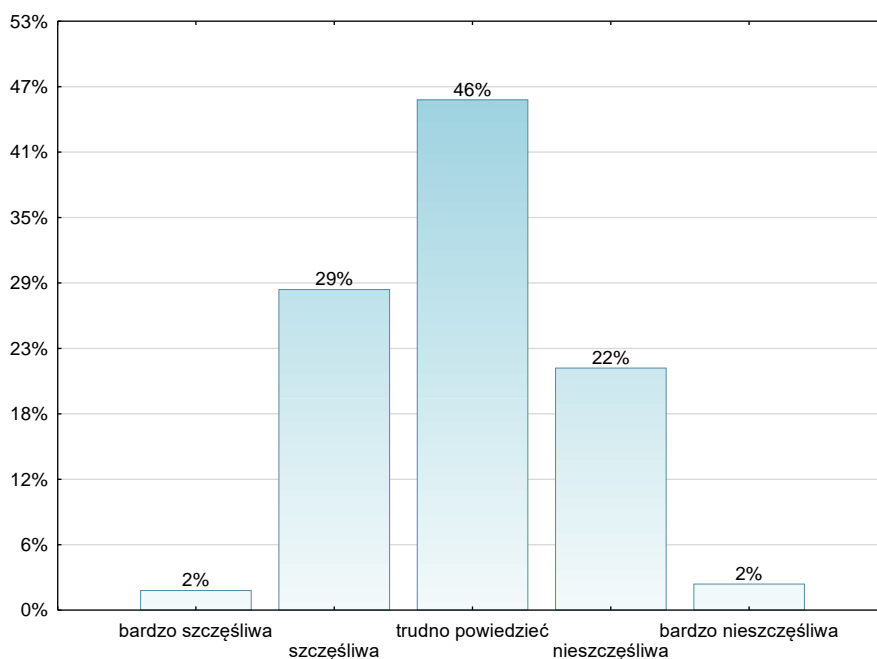
Miejsce zamieszkania			Bardzo często mam uczucie, że inni nie wykazują zrozumienia dla moich dokuczliwych objawów choroby		Często mam uczucie, że inni nie wykazują zrozumienia dla moich dokuczliwych objawów choroby		Rzadko uważam, że inni nie wykazują zrozumienia dla moich dokuczliwych objawów choroby		Nie uważam, że inni nie wykazują zrozumienia dla moich dokuczliwych objawów choroby	
	Liczba	%								
wieś			6	17,65%	14	41,18%	9	26,47%	5	14,71%
miasto do 100 tys. mieszkańców	Liczba	%	19	31,15%	16	26,23%	16	26,23%	10	16,39%
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	Liczba	%	23	30,26%	21	27,63%	10	13,16%	22	28,95%

Dokonano analizy pytania “Czy stopień zaawansowania endometriozy ma wpływ na ograniczenie zdolności wykonywania niektórych zadań życia codziennego?”. Osoby zdiagnozowane z najłżejszym stadium choroby przyznały najczęściej, że objawy choroby raczej nie ograniczyły zdolności wykonywania niektórych zadań życia codziennego (38,1%). W przeciwieństwie do najcięższego stadium choroby, gdzie pacjentki najczęściej przyznają, że doświadczyły mocnego ograniczenia w życiu (44,19%). Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności. Uzyskany wynik badania wyniósł Chi kwadrat $p=,17046$ i nie jest istotny statystycznie. Zatem stopień zaawansowania choroby nie ma wpływu na ograniczenie zdolności wykonywania niektórych zadań życia codziennego. Szczegóły zamieszczono w Tabeli 15.

Tabela 15. Czy stopień zaawansowania endometriozy ma wpływ na ograniczenie zdolności wykonywania niektórych zadań życia codziennego?

Stopień zdiagnozowania endometriozy			Bardzo mocno ograniczyło		Mocno ograniczyło		Trudno powiedzieć		Raczej nie ograniczyło		Na pewno nie ograniczyło	
	Liczba	%										
I			1	4,76%	5	23,81%	6	28,57%	8	38,1%	1	4,76%
II			1	3,23%	8	25,81%	9	29,03%	9	29,03%	4	12,9%
III			2	6,25%	11	34,38%	11	34,38%	7	21,88%	1	3,13%
IV			5	11,63%	19	44,19%	13	30,23%	6	13,95%	0	0%
Nie wiem			4	9,09%	13	29,55%	12	27,27%	15	34,09%	0	0%

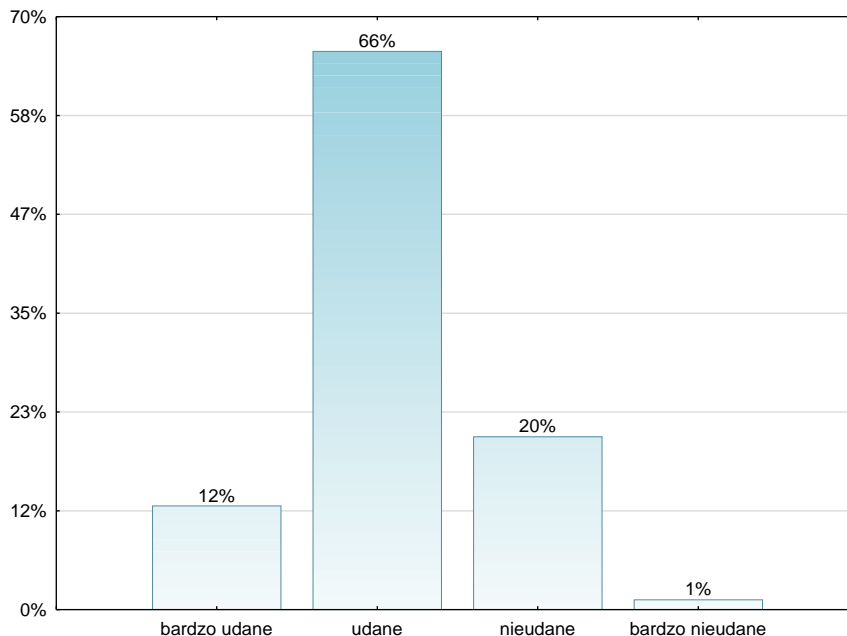
Respondentki zostały zapytane o ocenę swojego szczęścia ze swojego życia. Najczęściej padła odpowiedź “trudno powiedzieć”, co stanowiło 46% wszystkich odpowiedzi. Najrzadziej padały odpowiedzi w dwóch skrajnych zmiennych – “bardzo szczęśliwa” oraz “bardzo nieszczęśliwa”. Obie odpowiedzi miały wyniki po 2%. Szczegóły zamieszczono na Rycinie 19.



Rycina 19. Czy jest Pani szczęśliwa ze swojego życia?

Jakość życia kobiet w wieku rozrodczym z rozpoznaną endometriozą

Statystycznie pacjentki z endometriozą w $\frac{3}{4}$ odpowiedziach przyznały że ich relacje osobiste są udane. Jedynie 1% respondentek przyznało, że ich relacje są bardzo nieudane. Szczegóły zamieszczono na Rycinie 20.



Rycina 20. Czy uważa Pani swoje relacje osobiste za udane?

Przeanalizowano pytanie “Czy na zadowolenie z samej siebie może mieć wpływ występowanie zmian w wyglądzie spowodowane endometriozą?”. Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności.

Wyniki:

- Chi kwadrat: trądzik: $p=,13872$
- **Chi kwadrat blizny pooperacyjne: $p=,03195$**
- Chi kwadrat wzdęcia brzucha: $p=,34726$
- **Chi kwadrat zatrzymanie wody w organizmie: $p=,02542$**
- Chi kwadrat nie wpłynęła na wygląd: $p=,14896$

Wskazany wynik blizn pooperacyjnych oraz zatrzymania wody w organizmie jest istotny statystycznie. Zatem blizny pooperacyjne oraz zatrzymanie wody w organizmie ma wpływ na zadowolenie z samej siebie, bądź nie. Wyniki Chi kwadrat trądziku, wzdęć brzucha oraz nie wpływania na wygląd nie są istotne statystycznie. Trądzik, wzdęcia brzucha oraz

odpowieź “endometrioza nie wpłynęła na wygląd” nie mają wpływu na zadowolenie z samej siebie. Wyniki zamieszczono w Tabeli 16.

Tabela 16. Czy na zadowolenie z samej siebie może mieć wpływ występowanie zmian w wyglądzie spowodowane endometriozą?

Poziom zadowolenia z samej siebie			Endometrioza wpłynęła na mój wygląd, poprzez pojawienie się trądziku		Endometrioza wpłynęła na mój wygląd, poprzez pojawienie się blizn pooperacyjnych		Endometrioza wpłynęła na mój wygląd, poprzez pojawienie się częstych wzdęć brzucha		Endometrioza wpłynęła na mój wygląd, poprzez zatrzymanie wody w organizmie		Endometrioza nie wpłynęła na mój wygląd	
	Liczba	%										
Bardzo zadowolona			3	42,86%	6	85,71%	5	71,43%	1	14,29%	1	14,29%
Zadowolona			12	22,64%	18	33,96%	33	62,26%	14	26,42%	26	49,06%
Trudno powiedzieć			22	32,35%	26	38,24%	50	73,53%	30	44,12%	37	54,41%
Niezadowolona			18	48,65%	21	56,76%	30	81,08%	15	40,54%	18	48,65%
Bardzo niezadowolona			2	33,33%	3	50%	5	83,33%	5	83,33%	5	83,33%

Osoby zamieszkujące wieś, miasto do 100 tys. mieszkańców oraz mieszkańcy dużych miast wspólnie uważają, że leczenie endometriozy w Polsce wymaga dużych nakładów finansowych (ponad 90% badanych). Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności. Uzyskany wynik badania wyniósł Chi kwadrat $p=,92334$ i nie jest istotny statystycznie. Zatem miejsce zamieszkania nie ma wpływu na opinię na temat dużych nakładów finansowych wymaganych do leczenia endometriozy w Polsce. Szczegóły zamieszczono w Tabeli 17.

Tabela 17. Czy miejsce zamieszkania może mieć wpływ na opinię na temat dużych nakładów finansowych w leczeniu endometriozy?

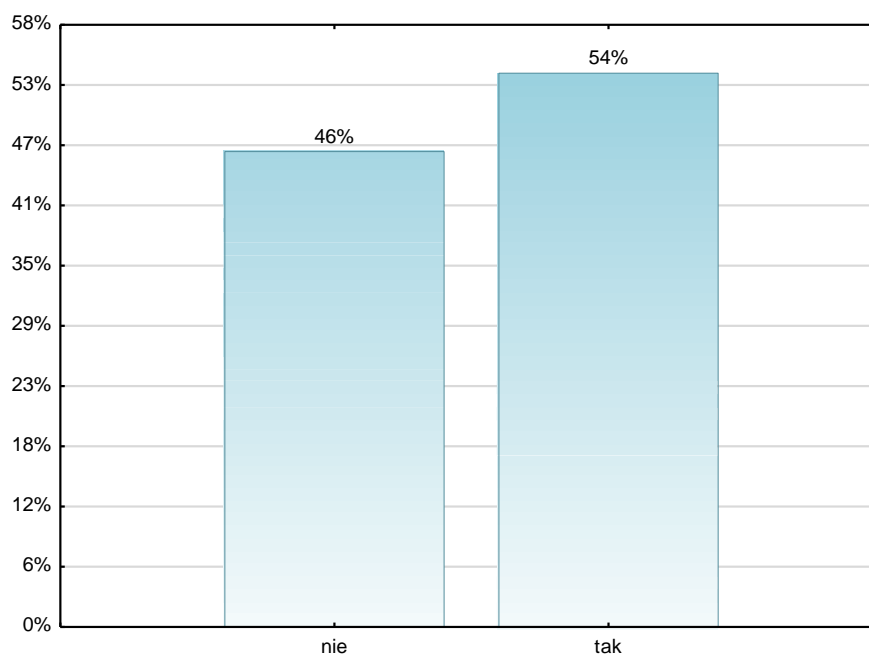
Miejsce zamieszkania			Uważam, że leczenie endometriozy w Polsce wymaga dużych nakładów finansowych		Nie uważam, że leczenie endometriozy w Polsce wymaga dużych nakładów finansowych	
wieś	Liczba	%	31	91,18%	3	8,82%
miasto do 100 tys. mieszkańców	Liczba	%	55	90,16%	6	9,84%
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	Liczba	%	70	92,11%	6	7,89%

Przeprowadzono badanie “Czy stopień zaawansowania endometriozy może mieć wpływ na stan finansowy?”. Osoby w najcięższym stadium choroby wybrały najczęściej odpowiedź, że leczenie endometriozy znacząco osłabiło ich stan finansowy (60,47%). Osoby w łagodnym stadium choroby najczęściej wyznały, że odczuwają tylko nieznaczne osłabienie swojego budżetu (52,38%). Z kolei pacjentki w II stadium choroby najczęściej oceniały, że leczenie endometriozy nie wpłynęło na stan finansowy (29,03%). Został przeprowadzony test Chi-kwadrat w celu ustalenia niezależności. Uzyskany wynik badania Chi kwadrat wyniósł $p=,05807$ i jest istotny statystycznie. Zatem stopień zaawansowania endometriozy może mieć wpływ na stan budżetu domowego. Szczegóły zamieszczono w Tabeli 18.

Tabela 18. Czy stopień zaawansowania endometriozy może mieć wpływ na stan finansowy?

Stopień zaawansowania endometriozy			Leczenie endometriozy znacząco osłabiło mój stan finansowy		Odczułam nieznaczne osłabienie mojego budżetu z powodu leczenia endometriozy		Leczenie endometriozy nie wpłynęło na mój stan finansowy	
	Liczba	%						
I			8	38,1%	11	52,38%	2	9,52%
II			7	22,58%	15	48,39%	9	29,03%
III			14	43,75%	11	34,38%	7	21,88%
IV			26	60,47%	12	27,91%	5	11,63%
Nie znam mojego stopnia zaawansowania			18	40,91%	14	31,82%	12	27,27%

Osoby, które zaakceptowały chorobę stanowią 54%, a kobiety które nie zaakceptowały liczą 46%. Szczegóły przedstawiono na Rycinie 21.



Rycina 21. Czy zaakceptowała Pani swoją chorobę?

DYSKUSJA

Badanie ankietowe na temat jakości życia pacjentek z endometriozą było przeprowadzone na 171 respondentkach w wieku rozrodczym. Kobiety w przedziale wiekowym 20-30 lat były najliczniejszą grupą badaną (51%). Respondentki najczęściej zamieszkują miasta powyżej 100 tysięcy mieszkańców (44%). Przeważająca liczba badanych ma wykształcenie wyższe (65%) oraz zatrudniona jest w pracy o charakterze umysłowym (45%). Badane Panie zadeklarowały w 80% że są w związku partnerskim, oraz w 56% uważają partnera za największe wsparcie w chorobie. 80% kobiet jest aktywnych seksualnie. 64% pacjentek z endometriozą nigdy nie było w ciąży. Uczestniczki badania najczęściej były diagnozowane w przedziale wiekowym 18-28 lat (64%). Najcięższe stadium choroby deklaruje 25% pacjentek, a najłżejszy stopień - 12%.

W autorskim badaniu udowodniono, że na ocenę jakości życia seksualnego ma wpływ poziom odczuwalnego bólu podczas stosunków seksualnych. Im ból jest bardziej dotkliwy, tym mniejsza satysfakcja z aktywności seksualnej. Osoby, które bardzo często odczuwają ból podczas stosunków, oceniają swoje życie seksualne w 44,59% za nieudane, a 50% za bardzo nieudane. Ponadto, aż 56% pacjentek z bardzo częstym bólem podczas seksu jest bardzo często zmuszona do rezygnacji z aktywności seksualnej. W podobnym badaniu przeprowadzonym przez Privitera G., O'Brien K., i wsp. z 2023 roku [2]. osiemdziesiąt procent (80,3%) uczestniczek stwierdziło, że uważa, iż objawy endometriozy mają negatywny wpływ na ich życie seksualne, a 67,5% stwierdziło, że unika współżycia seksualnego z powodu endometriozy.

W autorskim sondażu diagnostycznym prawie co piąta kobieta zachorowała na depresję (21%) po zdiagnozowaniu endometriozy. Związek między endometriozą a objawami depresyjnymi jest w dużej mierze zdeterminowany przewlekłym bólem, ale może być również spowodowany czynnikami środowiskowymi. W badaniu Muharam R i wsp. [3] 28% pacjentów z endometriozą miało zdiagnozowaną depresję, z kolei w metaanalizie przeprowadzonej przez Gambadauro P., Władimir K. i wsp. [4] uwzględniono 24 badania na grupie 99 614 kobiet. Wykazano wyższy poziom depresji wśród kobiet z endometriozą w porównaniu z grupą kontrolną (standaryzowana średnia różnica [SMD], 0,22, 95% przedział ufności [CI], 0,13-0,32). Ponadto, pacjentki z endometriozą zgłaszające ból miednicy miały istotnie wyższy poziom depresji w porównaniu z pacjentkami bez bólu (4 badania; SMD, 1,01; 95% CI, 0,71-1,31; $I^2 = 0\%$).

Pacjentki z endometriozą w 86% leczą się prywatnie, z kolei kobiety korzystające z sektora publicznego (NFZ) stanowią 30%. W badaniach własnych udowodniono, że prywatna opieka medyczna ma wpływ na ocenę zadowolenia z opieki medycznej. Przeważająca część respondentek jest niezadowolona (32,65%) lub bardzo niezadowolona (19,73%) z opieki medycznej w sektorze prywatnym. Z kolei bardzo zadowolonych respondentek jest jedynie 3,4%, a zadowolonych - 22,45%. Na opinie respondentek może mieć wpływ wysoki koszt zabiegów operacyjnych oraz badań diagnostycznych w prywatnych ośrodkach w Polsce, bardzo mała dostępność specjalistów zajmujących się leczeniem endometriozy oraz wielomiesięczne kolejki do specjalistów.

Zbadano, czy istnieje zależność między miejscem zamieszkania (wieś, miasto do 100 tys. mieszkańców oraz duże miasto powyżej 100 tys. mieszkańców) a opinią na temat dużych nakładów finansowych na opiekę medyczną. W badaniu od 90,16% do 92,11% uczestników uważa że leczenie endometriozy wymaga dużych zasobów finansowych. W podobnym badaniu przeprowadzonym przez Bień i wsp. respondenci uważają leczenie endometriozy za drogie 92,23% [5].

We własnym badaniu udowodniono, że stopień zaawansowania endometriozy ma wpływ na ryzyko przeprowadzenia operacji z powodu tej choroby. 81,4% kobiet z endometriozą w IV stadium choroby było operowanych z powodu endometriozy. Z kolei, 80,95% pacjentek w I stadium choroby nigdy nie było operowanych z powodu endometriozy. W ankiecie własnej kobiety przyznały, że 49,58% z nich miało wykonany zabieg operacyjny z powodu endometriozy. W badaniu Muharam R i wsp. 50,6% kobiet z endometriozą miała w przeszłości zabiegi chirurgiczne [3].

Jedną z metod leczenia endometriozy jest stosowanie doustnego leczenia hormonalnego. W badaniu własnym 47% kobiet odpowiedziało, że stosuje doustną antykoncepcję. Dla porównania, w badaniu Muharam R i wsp. [58] 54,4% badanych zadeklarowało przyjmowanie terapii hormonalnej.

W podsumowaniu ankiety wykazano, że 54,97% kobiet bardzo często lub często musiało opuścić miejsce pracy lub szkoły z powodu objawów endometriozy. 22,22% nie musiało rezygnować z aktywności zawodowej z powodu uciążliwości choroby. W badaniu Rodrigues L. i wsp. [6] 70% pacjentek deklarowało trudności w działalności zawodowej spowodowanej opuszczeniem miejsca pracy. Z kolei, 30% badanych nie miało problemów w pracy z powodu męczących objawów endometriozy.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

- Endometrioza najczęściej diagnozowana jest w przedziale wiekowym 18-28 lat (64%),
- Na ocenę jakości życia seksualnego wpływa poziom bólu odczuwalnego podczas stosunków płciowych. Pacjentki z endometriozą, które bardzo często odczuwają ból podczas seksu oceniają życie seksualne za nieudane (44,59%) i bardzo nieudane (50%),
- Ponad 90% uczestników badania przyznało, że leczenie endometriozy w Polsce jest drogie,
- Aż 86% pacjentek z endometriozą leczy się w sektorze prywatnej ochrony zdrowia,
- Prawie co piąta kobieta z endometriozą (21%) ma zdiagnozowaną depresję z powodu poczucia bezradności będącej wynikiem zdiagnozowania endometriozy,
- Największym wsparciem w chorobie kobiet jest partner (56%),
- Co czwarta respondentka ma najcięższe (IV) stadium endometriozy,
- Prawie połowa (49,58%) respondentek miała wykonany zabieg operacyjny z powodu endometriozy,
- Udowodniono, że istnieje zależność między stopniem zaawansowania endometriozy a ryzykiem przeprowadzenia operacji z powodu tej choroby. 81,4% kobiet z endometriozą w IV stadium choroby było operowanych z powodu endometriozy,
- Najczęstszymi pierwszymi objawami endometriozy są: ból o znacznym nasileniu podczas miesiączki (84%), bóle brzucha (76%), bóle w dolnej części pleców (70%), obfite krwawienia lub skrzepy krwi podczas miesiączki (65%),
- 54% kobiet zaakceptowało fakt pojawienia się endometriozy w ich życiu.

PIŚMIENNICTWO

1. Szyłło K., Mroczkowska B.: Jakość życia kobiet z endometriozą. *Ginekologia po Dyplomie* 2020; 1: 23-25.
2. Privitera G., O'Brien K., Misajon R., Chung-Ying Lin: Endometriosis Symptomatology, Dyspareunia, and Sexual Distress Are Related to Avoidance of Sex and Negative Impacts on the Sex Lives of Women with Endometriosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2023; 20: 3362-3365.

3. Muharam R., Amalia T., Pratama G., Harzif AK., Agiananda F., Maidarti M., Azyati M., Sumapraja K., Winarto H., Wiwoko B., Hestiantoro A., Suarthana E., Tulandi T.: Chronic Pelvic Pain in Women with Endometriosis is Associated with Psychiatric Disorder and Quality of Life Deterioration. *International Journal of Women's Health* 2022; 4;14: 131-138.
4. Gambadauro P., Carli V., Hadlaczky G.: Depressive symptoms among women with endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2019; 220(3): 230-241.
5. Bień A., Rzońca E., Zarajczyk M., Wilkosz K., Wdowiak A., Iwanowicz-Palus G.: Quality of life in women with endometriosis: a cross-sectional survey. *Quality of Life Research* 2020; 29(10): 2669-2677.
6. Rodrigues L., I wsp.: Analysis of the influence of endometriosis on quality of life. *Fisioterapia em Movimento* 2022; 10: 1590-1597.

Ból a stosowanie leków przeciwbólowych

Klaudia Grądzka¹, Krystyna Klimaszewska²

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Ból towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów. Jest on nieodłącznym elementem naszego istnienia. Rozpoczął się już w ogrodzie Eden i towarzyszy nam po dziś dzień. Radzenie sobie z bólem stanowi ważny aspekt historyczny oraz umożliwiło nam aktualne metody leczenia [1].

Według definicji Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu (International Association Study of Pain – IASP) ból to nieprzyjemne zmysłowe i emocjonalne doświadczenie, które towarzyszy istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanek bądź jest jedynie odnoszone do takiego uszkodzenia [2].

W przeciągu wieków rozumiano, że odczuwanie bólu oraz radzenie sobie z nim zależy od indywidualnych predyspozycji człowieka takich jak: osobowość, sposób radzenia sobie z problemem, bądź umiejętności wyrażania swoich emocji. To narastający ból, powoduje destrukcje w naszej psychice. Indywidualne podejście do człowieka jako osobnej jednostki, wymusiło odkrywanie coraz to nowych sposobów na leczenie bólu.

Niestety rozwinięcie się tej dziedziny nie zawsze idzie z świadomością społeczeństwa na temat stosowania środków uśmierzających ból. Łatwość dostępu spowodowało wiele nadużyć oraz przedawkowań [3].

ROZWINIĘCIE

Już pierwsze plemiona znały pojęcie bólu. Wierzyli, że jest to kara bóstwa. Bogowie wchodzi przez ucho lub nos i powodują dolegliwości. Aspekt bólu pojawił się także w Biblii. W niej Bóg jest powodem cierpienia ale także dzięki modlitwie przynosi ulgę oraz ukojenie. Ludzie budowali świątynie aby móc wznosić modły oraz składać ofiary, zaś starożytni kapłani stawali się pierwszymi lekarzami. To oni jako pierwsi zaczęli stosować różne techniki przeciwbólowe, takie jak: amulety, mikstury, czary czy rytuały szamańskie [4].

Intensywne stosowanie lecznictwa w radzeniu sobie z bólem rozpoczęło się w momencie gdy człowiek zaczął osiadły tryb życia. Starszyzna ludu rozpoczęła obserwację zwierząt od których nauczyli się, jakie rośliny mają działanie p/bólowe oraz które toksycznie wpływają na organizm. Wtedy także podjęto działania pomagające w ratowaniu życia (np. ucisk miejsca krwawienia).

W zapiskach pochodzących z starożytności odkrywamy, że metodami leczenia bólu było kilkudniowe przyjmowanie piwa, jęczmienia czy chodźmy pszenicy. W tej epoce bólowi przypisywano mistyczny charakter, jako karę za grzechy. Uśmierzano go masażami, dotykiem, zmianą temperatur. Zauważono także lecznicze działanie ziół i jest to kolebka medycyny alternatywnej. Rozpoczęto pierwsze zabiegi chirurgiczne (trepanacje czaszki), która miała pomóc duchowi przodków wydostać się z ciała człowieka. Na ból głowy stosowali oni także naturalną elektryczność między innymi z ryb. W medycynie chińskiej prym wiodła akupunktura. Światowa Organizacja Zdrowia stworzyła listę chorób, w których leczenie tą metodą daje poprawę stanu ogólnego. Kluczową rolę w farmakoterapii odebrał grecki lekarz Galen oraz Hipokrates. Pierwszy z nich popularyzował metody oparte na dobrodziejstwach ziół np. opium, konopi oraz lulka czarnego. Drugi słyną z powiedzenia „Primum non nocere” czyli „Po pierwsze nie szkodzić”. To ich przełomowe i nowoczesne podejście dało początek leczenia bólu w kolejnych epokach [5].

Okres średniowiecza w medycynie tak jak w innych dziedzinach jest uznawany za regres postępu. W tej epoce góruje religia, która uważa, że wszelka choroba i towarzyszący mu ból jest karą za grzechy, więc najprawdopodobniej należy się to człowiekowi. Pomimo takiego myślenia, nie zaprzestano podawania leków przeciwbólowych. Pionierami stali się mnisi z klasztorów. Siłą napędową stały się wszelakie klęski żywiołowe oraz wybuchy epidemii. To spowodowało większe zainteresowanie medycyną co za tym idzie terapią p/bólową. Wiele obecnych naukowców bez problemu stwierdza, że średniowiecze stosowało środki analgetyczne. W ich skład wchodziły: mandragora, mak oraz gronostaj. Powstały różne drogi podaży leków między innymi: tabletki, maści, plastry, gąbki nasączone lekami, oleje, dymy czy roztwory. Nasączone tkaniny przykładano oraz wcierano np. w czoło, nos. Popularne na bóle kręgosłupa było przykładanie pijawek. Perski lekarz i filozof Awicent zwiększył ilość rodzajów bólu od czterech Gelena do piętnastu rodzajów. Dużą uwagę zwracał na opium, który w tamtym okresie był nazywany złotym środkiem w jakichkolwiek dolegliwościach [6].

XVIII w. dał nam takich uczonego jak: Albrecht von Haller, Pierre Jean George Cabanis oraz Xavier Bichat. Każdy z nich zgłębiał badał związek bólu z układem nerwowym oraz oddziaływania między sobą. W tym okresie nastąpił rozwój dziedziny chemii. To wydarzenie

spowodowało oczyszczanie oraz dokładne selekcionowanie substancji analgetycznej. Zaczęto stosowanie azotu podczas operacji chirurgicznych. W 1803r. została wyizolowana czysta morfina, a testowanie jej na zwierzętach i wolontariuszach spowodowało odkrycie bezpiecznej dawki. To wydarzenie dało podstawy do stworzenia grupy alkaloidów. Francuski chemik podczas badań nad morfiną, odkrył kodeinę, zaś w 1874r. odkryto heroinę. Niestety fakt, że jest ona mocno uzależniająca i ma więcej działań niepożądanych niż zalet, została wycofana i kolejne badania spowodowały syntezę silnego opioidu popularnego w Stanach Zjednoczonych- oksykodonu. W ogólnym rozrachunku powstanie tego leku przeciwbólowego spowodowało masowe uzależnienia, z którymi Amerykanie borykają się po dziś dzień. Cały czas starano się stworzyć coś bardziej mocniejszego i mającego mniej skutków ubocznych niż morfina. W 1960r. Paul Jansen ukazał światu fentanyl, który okazał się kilkaset razy silniejszy od popularnej morfiny. Wielkim wydarzeniem w dziedzinie terapii, p/bólowych było stworzenie tramadolu, wykazujący mniejszy współczynnik uzależnień od obecnych na rynku leków [7].

Istotnym momentem w terapii przeciwbólowej jest odkrycie niesteroidowych leków przeciwbólowych. Są one jednymi z najbardziej popularnych środków w obecnych czasach. Na ten status składa się ich mniejsza skłonność do uzależniania oraz duża dostępność. Mimo późnego czasu popularyzacji, były one znane już w latach Hipokratesa. Polecał on na bóle głowy i wysoką temperaturę stosowanie kory wierzby czyli uwczesni jest to grupa salicylanów. W 1852 roku syntetyzowano z tej samej grupy kwas salicylowy, jednak z powodu dużej ilości działań niepożądanych, rozpoczęto dalsze badania, które dały nam kwas acetylosalicylowy. W ten sposób odkrycia Hipokratesa były podwaliną aktualnej aspiryny. W kolejnych latach powstały niesteroidowe leki przeciwzapalne, takie jak: metamizol, ibuprofen czy diklofenak.

Ciekawą historię ma aktualnie jeden z najbardziej popularnych leków przeciwbólowych, a jest nim paracetamol. Wszystko rozpoczęło się pod koniec XIX w. Lekarze Chan i Heppa omyłkowo podali choremu acetanilid. Zaobserwowali spadek temperatury ciała, jednak dalsze badania ukazały jego dużą toksyczność. Późniejsze eksperymenty pomogły wyszczególnić z acetanilidu, związek zwany paracetamolem i to on odpowiada za działanie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe. W latach 80. XIX w., połączono niekorzystne działanie kwasu acetylosalicylowego z śmiertelną chorobą u dzieci. W Polsce paracetamol prowadzono od 1961r.

Kontrowersyjnym tematem ostatniego czasu jest zatwierdzenie marihuany jako leku przeciwbólowego. Mimo stosowania od jej od tysięcy lat do oficjalnie zaczęto stosować dopiero w latach 40 XX w. w Ameryce.

W terapii przeciwbólowej stosuje się także przez skórny elektrostymulator TENS, jest on odpowiednikiem terapii w czasach antycznych za pomocą ryb elektrycznych [8].

Powstawanie bólu

Proces chorobowy lub uraz zapoczątkowuje aktywację obwodowych nocycceptorów następnie jest on przekazywany do neuronów zlokalizowanych w tylnych rogach rdzenia kręgowego poprzez włókna dośrodkowych. W ten sposób przekazywane są bodźce bólowe z skóry, mięśni, kości oraz trzewne. Mediatory biochemiczne, takie jak: serotonina, histamina, prostaglandyny, a także różne jony, m.in. H^+ i K^+ są uwalniane poprzez uraz lub proces zapalny, powodują obniżenie progu pobudliwości bólowej co następnie powoduje hiperalgezję [9].

Rodzaje bólu

Bóle można podzielić z względu na: jego przyczynę, mechanizm powstania oraz czas trwania. W pierwszej grupie wyróżniamy:

- ból fizjologiczny- naturalna odpowiedź organizmu na bodziec nieuszkodzający lub na uraz;
- ból trzewny- pochodzi z obszaru trzewnego i jest odpowiedzią na patologiczne procesy pochodzące stamtąd ;
- ból kliniczny- charakteryzuje się wzrostem tętna, zwiększeniem ciśnienia tętniczego krwi oraz przyśpieszeniem oddechu i jest to odpowiedź na uszkodzenia bądź stany po operacjach bądź chorobach.

Kolejny podział ukazuje różne mechanizmy powstawania bólu. Wyróżniamy:

- ból receptorowy- odpowiedź fizjologiczna na bodziec bólowy;
- ból zapalny- pojawia się podczas uszkodzenia tkanek lub stanu zapalnego;
- ból neuropatyczny- objawia się kiedy powstaje różnego typu uszkodzenie somatosensoryczne układu nerwowego;
- ból psychogeny- charakteryzuje się zaburzeniami aktywności ośrodkowych procesów kontroli bólu;

Jeśli spojrzymy na różny czas trwania bólu, to wyróżnimy:

- ból ostry- trwa mniej niż 3 miesiące i jest możliwość przejścia w ból przewlekły, najczęściej w tym okresie stosuje się nieopiodowe leki przeciwbólowe i niesteroidowe leki przeciwbólowe;

- ból przewlekły- występuje powyżej 3 miesięcy i rozdziela się na receptorowy i neuropatyczny, w uśmierzaniu jego stosuje się wszelkie możliwe leki przeciwbólowe, wszystko zależy od stopnia zaawansowania i wcześniejszej terapii przeciwbólowej. [10];

Podział leków przeciwbólowych

Leki p/bólowe dzielimy na dwie grupy różniące się siłą, budową chemiczną oraz mechanizmem działania. Wyróżniamy:

- Opioidowe leki przeciwbólowe;
- Nieopiodowe leki przeciwbólowe, które dzielą się na:
 - ✓ Nieopiodowe leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe;
 - ✓ Niesterooidowe leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne (NLPZ).

Opioidowe leki przeciwbólowe

Sposób działania leków opioidowych jest ściśle związane z receptorami znajdującymi się w neuronach mózgu i rdzenia kręgowego. Te same receptory znajdziemy także w splocie śródściennego regulującego czynność motoryczną układów: pokarmowego i moczowo-płóciowego. Oprócz stosowania przeciwbólowego, stosowane są w premedykacji, analgezji śródoperacyjnej oraz w analgosedacji. Powyższe leki dzielą się na 3 podtypy, które różnią się działaniem opioidów:

- ✓ Agoniści;
- ✓ Leki o właściwościach mieszany;
- ✓ Antagonistów.

Agoniści

Do jednych z najpopularniejszych agonistów należy **morfina**. Jest to silny lek przeciwbólowych, który działa ośrodkowo i obwodowo. Do działań ośrodkowych zaliczamy: silne działanie przeciwbólowe, hamowanie odruchów kaszlowych, działanie hipotermiczne, zmniejsza lęk, poprawia nastrój, obniża próg drgawkowy, a także pobudza ośrodek wymiotny. Obwodowo działa na kurczenie się mięśni gładkich przewodu pokarmowego, dróg żółciowych i moczowych, co powoduje skurcz odźwiernika, opóźnienie opróżniania żołądka, wzrost ciśnienia w drogach żółciowych i moczowych, zaparcia, skurcz oskrzeli. Stosuje się go także w znieczuleniu zewnątrzoponowym i podpajęczynówkowym. Mimo faktu, że jest on znany od wieków, ma dużo skutków ubocznych oraz łatwo dochodzi do zatrucia morfiną. Głównymi

objawami zatrucia są: bezdech, sinica, zwężenie źrenic, dochodzi do drgawek, zapaści krążeniowej oraz śpiączki. Odtrutką jest nalokson podawany dożylnie w dawce 0,4-2 mg, w 2-3 powtórzeniach jeśli nie ma efektu). Następnie zwalcza się objawy niewydolności oddechowej oraz krążeniowej.

Kolejnym przedstawicielem jest **kodeina**. Jest ona pochodną morfiny, w odróżnieniu od niej ma jedynie działanie ośrodkowe przeciwkaszlowe, przeciwbólowe (słabsze działanie od morfiny, nawet 10-krotnie). Działa także uspokajająco i przeciwbiegunkowo. Najczęściej stosowany w bólach o miernym nasileniu oraz przeciwkaszlowo podczas uporczywego i bolesnego kaszlu. Działa depresyjnie na ośrodek oddechowy, powoduje spadki ciśnienia tętniczego oraz dolegliwości z układu pokarmowego: zaparcia, nudności, wymioty. Z powodu słabszego działania, rzadko odnotowuje się zatrucia [9].

Kolejną substancją, która silniej działa na układ krążenia niż morfina jest **petydyna**. Powoduje rozszerzenie źrenic, rozluźnienie mięśni gładkich, zmniejszenie ciśnienia w drogach żółciowych i układzie moczowym. Stosuje się go podczas bardzo silnych bólów np.: pourazowych, pooperacyjnych bądź chorobach nowotworowych. Stosuje się także podczas ataków kolki nerkowej, moczowodowej i żółciowej. Kobiety otrzymują go także w bólach porodowych. Jest jedną z substancji podawanej podczas premedykacji. Jak powyżsi agoniści działa depresyjnie na układ oddechowy, powoduje wymioty i zaparcia. Dodatkowo powoduje zawroty głowy, zaburzenia równowagi oraz retencję moczu. Podczas długotrwałego przyjmowania powoduje zależność lekową, a szybko odstawiona zespół abstynencji. Na zatrucie stosuje się nalokson.

Fentanyl działa blisko 100 razy silniej od morfiny. Łatwiej przenika barierę krew-mózg. Z tego względu efekt przeciwbólowy jest prawie natychmiastowy lecz działa krótko (efekt pojawia się po 5 minutach i trwa przez kolejne 45 min). W odróżnieniu od morfiny nie działa depresyjnie na mięsień sercowy. Stosowany w bólach ostrych np.: urazowym, zawałowym bądź pooperacyjnym. Wykorzystywany także jako analgetyk w znieczuleniu ogólnym oraz neuroleptanalgezji. Z powodu łatwego przedostania się do łożyska nie jest stosowany przy cięciu cesarskim do czasu narodzin i podczas karmienia piersią. Występuje w postaci ampulek, plastrów, preparatów donosowych oraz lizaków fentanylowych [10].

Kolejny agonista to **metadon**. Podobne działanie co morfina. Jest lekiem przeciwbólowym, wpływający na ośrodkowy układ nerwowy i mięśnie gładkie. Podawany w leczeniu uzależnień od heroiny i morfiny, jako zamiennik. Stosowany w zespole abstynencji od alkaloidów opium oraz jako lek drugiego rzutu w bólach operacyjnych i nowotworowych. Z działań nieporządných wyróżniamy: przyrost masy ciała, zaparcia, poty, zaburzenia

pobudliwości i snu oraz napięcie mięśni gładkich. Działanie metadonu znoszą antagoniści receptorów opioidowych.

Oprócz działania przeciwbólowego **tramadol** działa także sedatywnie i przeciwkaszlowo. Zalecane dawki nie wpływają na układ oddechowy oraz parametry hemodynamiczne. Stosowany w bólach ostrych jak i przewlekłych: w zabiegach diagnostycznych, bólach wieńcowych, podczas urazów. Wykorzystywany również po operacjach i chorobach nowotworowych. Działania niepożądane są podobne co w wyżej wymienionych substancjach. Przy długotrwałym stosowaniu może spowodować uzależnienie [10].

Leki o właściwościach mieszanych

Pierwszym z przedstawicieli tej grupy jest **pentazocyna**. To silny lek przeciwbólowy, działa uspokajająco oraz podwyższa ciśnienie tętnicze i tętno. Wywołuje depresję oddechową oraz słabo działa na perystaltykę jelit. Stosowany pooperacyjnie, podczas urazów, a także w kolce moczowodowej i żółciowej. Nie wolno stosować go u osób poniżej 12 roku życia, a także z agonistami. Działaniami niepożądanymi, które mogą się pojawić podczas brania to: depresja oddechowa, halucynacje i omamy, senność oraz lekozależność. Poprzez długie przyjmowanie może wystąpić zespół abstynencji. Jej działania znoszą „czyści” agoniści.

Drugą substancją z tej grupy jest **buprenorfina**. Posiada silne i długotrwałe działanie przeciwbólowe. Odwrotnie niż pentazocyna słabiej wpływa na układ krążenia i stan emocjonalny oraz rzadko prowadzi do uzależnienia. Oprócz zastosowania okołooperacyjnego, stosuje się go w przebiegu zawału mięśnia sercowego i chorobach nowotworowych. Z niekorzystnych działań obserwujemy depresyjne działanie na układ oddechowy, zawroty głowy, senność oraz dolegliwości z układu pokarmowego. Ciężko odwrócić działanie buprenorfiny mimo stosowania dużych dawek naloksonu. Zaleca się podanie doksapramu [11].

Antagoniści

Jedną z najbardziej użytecznych substancji, w kontekście odtrutek jest **nalokson**. Znosi on działanie depresyjne ośrodka oddechowego, hipotensję oraz sedację. Wywołuje objawy abstynencji u osób uzależnionych od opioidów. Łagodzi działania barbituranów oraz benzodiazepiny. Sam w sobie nie powoduje uzależnienia ani tolerancji. Głównym wskazaniem są zatrucia narkotycznymi lekami przeciwbólowymi. Używany także po znieczuleniu ogólnym z użyciem opioidów. Pomaga także odwrócić depresję oddechową u noworodków, powstałej podaniem matki narkotycznych leków przeciwbólowych podczas porodu. Dzięki niemu

różnicuje się też śpiączki i ostre zatrucia. Jedynymi przeciwwskazaniami jest ciąża i nadwrażliwość na daną substancję. Z działań niepożądanych obserwujemy: wzrost tętna oraz cieśnina tętniczego, ostra lewokomorowa niewydolność serc, pobudzeni ora nudności i wymioty [12].

W tej grupie znajdują się także **nalmefen** oraz **naltrekson**. Pierwszy z nich posiada bardzo podobne działania i wskazania, różnicą jest że podaje się go także doustnie. Drugi zaś działa dwukrotnie silniej oraz trzykrotnie dłużej od naloksonu. Może powodować bezsenność czy bóle stawów oraz zespół abstynencji u uzależnionych.

Nieopiodowe leki przeciwbólwe

Grupa leków, która wcześniej należała do niesteroidowych leków przeciwzapalnych i przeciwreumatycznych. Ich działanie przeciwzapalne jest słabsze od opioidów, co za tym idzie rzadziej prowadzą do uzależnienia. Często mają także działanie przeciwgorączkowe, przeciwzapalne i antyagregacyjne. Działanie przeciwbólwe oraz przeciwzapalne jest możliwe z powodu hamowania syntezy prostaglandyn oraz modulują odbieranie bodźców z nocycceptorów. Głównymi działaniami niepożądanymi w tej grupie to najczęściej trudności z układu pokarmowego: nudności, wymioty, długie przyjmowanie powoduje wrzody żołądka i dwunastnicy. Niekorzystnie wpływają na wątrobę, nerki. Powodują wysypkę lub reakcje alergiczne. Depresyjnie działają na układ oddechowy. Nieopiodowe leki przeciwbólwe dzielą się na mniejsze podgrupy, takie jak:

- ✓ Pochodne aniliny;
- ✓ Pochodne kwasu salicylowego;
- ✓ Pochodne pyrazolonu.

Pochodne aniliny

Jedną z najpopularniejszych substancji tej grupy jest **paracetamol**. Swoją popularność zyskał poprzez wszechstronną dostępność i znajduje się w większości leków bez recepty. Przypisywany nie tylko w przypadku bólu ostrego ale także, zaleca się bo w bóle przewlekłym w takich stanach jak: w chorobie zwyrodnieniowej stawów o charakterze lekkim lub umiarkowanym. Jest on alternatywą do niesteroidowych leków przeciwzapalnych, które nie mogą być stosowane w przypadku: chorobach wrzodowych, podczas ciąży i karmienia piersią oraz dzieci z chorobą, w której występuje gorączka. Ma on działanie przeciwbólwe i przeciwgorączkowe. Najczęściej stosowany podczas gorączki, bólu głowy, zębów, stawów, mięśniaków bądź migreny. W przebiegu chorób nowotworowych łączy go z opioidami.

Nie zaleca się stosowania u osób z niewydolnością wątroby i nerek. Często daje reakcje alergiczne, powoduje niedokrwistość hemolityczną i uszkodzenia wątroby i nerek. Do zatrucia paracetamolem dochodzi w momencie przekroczenia 125mg/kg miesiąc. Występuje po 2-4 dniach i objawia się brakiem łaknienia, wymiotami, nudnościami, sennością, zaburzeniami świadomości, poceniem się oraz powiększeniem wątroby. Po 4-6 dniach ukazują się objawy niewydolności wątroby, co powoduje encefalopatię wątrobową, depresję oddechową a nawet śpiączkę. Antidotum to N-acetylocysteina i metionina. Z powodu wysokiego odsetku przedawkowań, rozpoczęto szukać rozwiązań. Pierwszym proponowanym rozwiązaniem byłoby zmniejszenie dawki maksymalnej z 1g do 0,65g. Proponuje się także wprowadzenie obowiązku leków na bazie paracetamolu powyżej 325mg tylko na receptę. Kolejną sprawą jest zmniejszenie ilości tabletek w jednym opakowaniu, niektóre aktualne preparaty posiadają nawet 100 tabletek, co daje możliwość na szybkie przedawkowanie leku [13, 14].

Pochodne pirazolonu

Przedstawicielem tej grupy jest **metamizol**, który działa przeciwbólowo, przeciwzapalnie oraz przeciwgorączkowo. Stosuje się go podczas bólu głowy, zębów, spastyczne bóle jelitowe, bóle przy drobnych zabiegach operacyjnych, chorobach reumatoidalnych. Przeciwgorączkowo stosuje się, gdy inne leki nie dały pozytywnego działania. Nie powinno podawać go dzieciom do 4 miesiąca życia. Nie zaleca się przy ostrej niewydolności nerek i wątroby, niewydolność serca. Może spowodować uszkodzenie szpiku, niedokrwistość plastyczną, agranulocytozę, działania niepożądane z układu pokarmowego, uszkodzenie wątroby i nerek, obrzęki.

Odrębną grupą nieopiodowych leków przeciwbólowych są niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ).

Pochodne kwasu salicylowego

Najczęstszym odpowiednikiem jest **kwas acetylosalicylowy** (Niesteroidowe leki przeciwbólne -NLPZ). Posiada wszelkie działania leków nieopiodowych lecz nie działa w przypadku bólu pochodzenia trzewnego. Stosuje się go w wszelakich bólach: głowy czy nowotworowym, gorączkach, przeziębieniach, po choroby reumatyczne, zawały mięśnia sercowego, do zapobiegania zakrzepicy. Tak jak paracetamolu nie powinno się go stosować w choroba wrzodowych, a także stanach zapalnych przewodu pokarmowego, skazach krwotocznych i zaburzeniach krzepnięcia krwi. Z działań niepożądanych wyróżniamy: zaostrzenia choroby wrzodowej, zaburzenia krzepnięcia, odczyny alergiczne, pocenie się oraz

zmniejszenie płodności u mężczyzn. Wyróżniamy dwa zatrucia: ostre i przewlekłe, zaś ostre dzielimy jeszcze na: lekkie, umiarkowane i ciężkie. Lekkie charakteryzuje się, piekącym bólem w jamie ustnej, gardle lub w okolicach brzucha. Można zaobserwować zapaść, zawroty głowy, utrata słuchu, nudności i wymioty. Umiarkowane występuje gdy: senność, pobudliwość, majaczenie, gorączka, niepokój i wybroczyny. Śpiączka, drgawki, sinica, obrzęk płuc i niewydolność oddechowa jest charakterystyczna w ciężkiej postaci. Przewlekłe zatrucie objawia się szumem w uszach, krwawieniem, wrzodami żołądka, spadkiem masy ciała, wysypki i uszkodzeniem wątroby. Dawką śmiertelną jest 20-30g. Zatrucie leczy się objawowo.

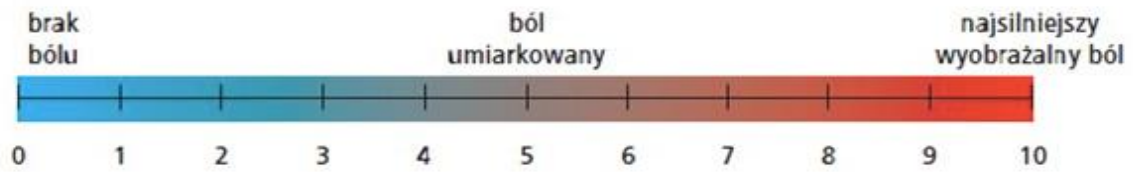
Kolejną substancją jest **propyfenazon**, pochodna pirazolonu. Działa przeciwbólowo, przeciwgorączkowo i przeciwzapalnie. Najczęściej znajduje się w preparatach złożonych. Stosowany w gorączce, bólach o niewielkim nasileniu. Zalecany czas przyjmowania to 5-6 dni. Przeciwwskazania są podobne do metamizolu. Działania niepożądane: uszkodzenia błon śluzowych żołądka, krwawienie z układu pokarmowego, zawroty głowy oraz uszkodzenie nerek. Nawet w małych dawkach może powodować uszkodzenie szpiku z niedokrwistością apalstyczną [15].

Zasady leczenia bólu

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w roku 1986 utworzyła schemat postępowania w leczeniu bólu. Opiera się on na indywidualnym podejściu do pacjenta i ma zaoferować on mu jak najbardziej skuteczne leczenie przy jak najmniejszym współczynniku działań niepożądanych. Schemat rozpoczyna się od ustalenia natężenia bólu. Jego wynik decyduje o tym jaki lek powinien być zastosowany. Stopień natężenia bólu można ustalić za pomocą [16]:

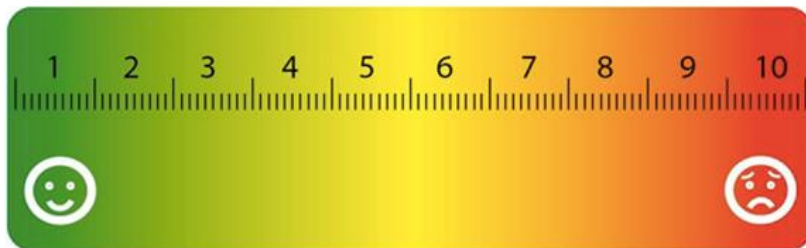
- metod samoopisu (np.: skal);
- metod obserwacji (np.: kliniczna ocena sprawności);
- metod pomiaru zmian czynników fizjologicznych (np.: ciśnienie tętnicze).

Jedną ze skal do oceny natężenia bólu zaliczamy skalę numeryczną (Numerical Rating Scale – NRS). Pacjent określa swój ból od 0 do 10. Przyjmuje się podział bólu na: słabe (1-3); umiarkowane, wymagające leczenia (4-6); bardzo silne, bezwzględnie wymagające leczenia (7-10). Jest on prosta do ustalenia natężenia bólu dla pacjenta, nawet takiego który może mieć różne deficyty związane z pojmowaniem otoczenia.



Rycina 1. Skala numeryczna.

Kolejną skalą bardzo podobną do powyższej jest skala wizualno-analogowa (*Visual analogue Scale*- VAS). Chory otrzymuje linijkę o długości 100 cm, na której znajduje się skala od 0 do 10. Przy czym 0- to brak bólu, zaś 10- najsilniejszy jaki może sobie wyobrazić.



Rycina 2 Skala wizualno-analogowa.

W praktyce pielęgniarskiej stosuje się także skalę słowną (*Verbal Rating Scale*- VRS). Opisuje ona ból opisowo. Można ją spotkać w wersji 4 lub 5 stopniowej, przy czym skala się rozciąga od ból nieobecny, ból słaby, ból umiarkowany, ból silny i jeśli skala jest 5 stopniowa to ból niemożliwy do zniesienia [16].

Jeśli dany pacjent jest z utrudnioną komunikacją werbalną, zaburzeniami poznawczymi lub utrudniona jest współpraca stosuje się skalę Doloplus. Polega ona na obserwacji pacjenta i sama skalę wypełnia personel medyczny.

Same skale nie są jednak adekwatne w bólu przewlekłym, tam trzeba także dowiedzieć się jak ten dyskomfort bólowy wpływa na codzienne życie pacjenta.

W doborze leku przeciwbólowego pomaga drabina analgetyczna. WHO stworzyła kolejność podaży leków oraz w jakich przypadkach powinno się stosować dane substancje. Powinno zapobiegać to włączaniu zbyt silnych leków do istniejącego bólu. Daje to też możliwość zmniejszenia przypadków przedawkowań i uzależnień. Drabina analgetyczna składa się z 3 stopni :

- I stopień to: nieopiodowe leki przeciwbólwe + koanalgetyki (stosowane podczas wyniku 1-4pkt. skali NRS);

- II stopień to: słaby opioid, (kodeina, tramadol) + nieopiodowe leki przeciwbólowe + koanalgetyki (stosowane podczas wyniku 4-6pkt. NRS);
- III stopień to: silne opioidy (morfina, buprenorfina, oksykodon, metadon, fenatnyl) + nieopiodowe leki przeciwbólowe + koanalgetyki (stosowane podczas wyniku powyżej 6 =pkt. NRS).

Do wzmocnienia każdego leku przeciwbólowego, z któregokolwiek stopnia może dodać koanalgetyki. Są to np.: leki przeciwdepresyjne, przeciwpadaczkowe, miorelaksujące [17, 18].

Interakcje międzylekowe

Oprócz przedawkowania samego leku przeciwbólowego, groźną sytuacją jest także przyjmowanie leków przeciwbólowy z innymi lekami przyjmowanymi przewlekle. Jednym z ryzykiem jest działanie przeciwstawne do siebie. Drugą sprawą jest fakt, że mogą mieć podobne działania niepożądane, które zostają potęgowane [19].

Interakcje opioidowych leków przeciwbólowych

Nie zaleca się równoczesnego stosowania tramadolu z lekami hamującymi aktywności CYP2D6, gdyż ten opioid jest metabolizowany w wątrobie przy udziale wyżej wymienionego białka. Prowadzi to do nie powstawania czynnego metabolitu oraz powstanie działań niepożądanych, a nawet toksyczności. Tramadol także hamuje zwrotny wychwyty serotoniny, co może spowodować wystąpienie zespołu serotoninowego. Z tego względu należy zachować ostrożność w przyjmowaniu go z amitryptyliny oraz fluoksetyny i paroksetyny, hamują one metabolizm tramadolu i zwiększa ryzyko wystąpienia drgawek. Karbamazepina indukuje podczas połączenia z tramadolem powstanie N-demetylotramadolu, który nie działa już analgetycznie lecz powoduje napad padaczkowy. Kolejny lek, którego nie zaleca się łączyć z wyżej wymienionym opioidem jest metoklopramid. Powoduje on zwiększenie metabolizmu tramadolu , co zmniejsza działanie przeciwbólowe. Podczas stosowania leków nasennych (benzodiazepiny, leków neuroleptycznych), tramadol nasila działanie depresyjne ośrodkowego układu nerwowego.

Morfina nasila działanie leków przeciwzakrzepowych. Izoenzym 2D6 cytochromu P450 metabolizuje morfinę więc leki, które hamują inhibitory tego enzymu powodują zwiększenie ryzyka działań niepożądanych opioidu. Metoklopramid powoduje zwiększenie wchłonięcia morfiny w przewodzie pokarmowym co daje silniejszy efekt sedatywny. Większe ryzyko depresji oddechowej podczas stosowania morfiny powodują benzodiazepiny. Zakazane jest równoczesne podawanie z diklofenakiem, gdyż wydłuża on czas jego eliminacji [20].

Leki, które hamują metabolizm metadonu (np.: trójpierścieniowy lek przeciwdepresyjny), czyli wpływają na izoenzym CYP3A4 powodują bradykardię, zaburzenie nastroju, zwiększają ryzyko śmiertelnych zaburzeń serca. Zaobserwować niepokojące zmiany można w wydłużonych odstępach odcinka QT w EKG. Benzodiazepiny w połączeniu z metadonem mogą powodować wysoką toksyczność i wzrost wystąpienia bradykardii, zaburzeń snu, zastojem moczu oraz depresji ośrodka kaszlowego i oddechowego. Działanie przeciwbólne osłabiają z kolei barbiturany, karbamazepina, bądź glikokortykosteroidy. Metadon osłabia działanie, takich leków jak: beta-adrenolitycznych, neuroleptyków, słabych opioidów oraz wzmacnia działania niepożądane.

W przypadku buprenomorfiny jej metabolizm jest hamowany poprzez zolpidem. Stosowany z innymi opioidami powoduje silniejsze działanie depresyjne na ośrodkowy układ nerwowy.

Fentanyl podobnie jak morfina z lekami nasennymi, uspokajającymi (benzodiazepiny oraz leki przeciwhistaminowe) działa silniej depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy. Należy ostrożnie łączyć go z klarytromycyną, połączenie nasila działanie depresji oddechowej [19, 20].

Interakcje nieopiodowych leków przeciwbólowych

Stosowanie metamizolu powinno się odbywać z rozwagą podczas przyjmowaniu w tym samym czasie z neuroleptykami i pochodnymi fenotiazyny. Te połączenie może powodować zwiększenie wystąpienia ciężkiej hipotermii. Metamizol powoduje także zwiększenie toksyczności metotreksatu w surowicy krwi. Nie zaleca się także stosowania go z cyklosporyną.

Nie powinno stosować się paracetamolu z ciproflaksacyną, erytromycyną oraz fluwoksaminą. Te leki hamują aktywność izoenzymu 1A2 cytochromu P450, który metabolizuje paracetamol. Może także ograniczyć efekt moczopędny diuretyków pętlowych, z powodu nerkowego wydalania prostaglandyn i zmniejszenia aktywności reninowej w osoczu. Takie substancje jak barbiturany oraz karbamazepiny nasilają hepatotoksyczność paracetamolu. Podczas stosowania warfaryny i acenokumaloru, przyjmowanie paracetamolu może powodować krwawienia z powodu hamowania metabolizmu tych substancji. Opioidowe leki przeciwbólne zmniejszają absorpcję paracetamolu z przewodu pokarmowego i zmniejszają jego efekt bólowy [21].

Interakcje niesteroidowych leków przeciwzapalnych

Poprzez częste stosowanie tych leków w terapii bólu, powoduje to błędy w postaci jednoczesnym przyjmowaniu dwóch i więcej substancji. Ta sytuacja nie powoduje zwiększenia działania lecz potęguje działania niepożądane, szczególnie problemy związane z górnym odcinkiem przewodu pokarmowego.

Osoby, które przyjmują leki przeciwzakrzepowe wraz z NLPZ powinni pamiętać o przyjmowaniu w tym samym czasie inhibitorów pompy protonowej [21].

Jeśli pojawiają się niespodziewane krwawienia, a pacjent przyjmuje leki przeciwbólowe, trzeba sprawdzić czy nie przyjmuje on także leków z grupy inhibitorów wychwytywania zwrotnego serotoniny oraz serotoniny i noradrenaliny. W takich przypadkach powinni dodatkowo przyjmować inhibitory pompy protonowej.

Należy także pamiętać, że nie można stosować w tym samym czasie leków z grupy antagonistów receptora H₂. Nie zapobiegają one problemom z przewodem pokarmowym, lecz tylko maskują negatywne działanie leków przeciwbólowych. Jeśli trzeba korzystać z leku hamującego wydzielanie kwasu żołądkowego, należy korzystać z inhibitorów pompy protonowej.

U osób powyżej 65 roku życia zaleca się ostrożne działanie leków przeciwbólowych z inhibitorami konwertazy angiotensyny oraz diuretykami pętlowymi. Takie połączenie może spowodować pogorszenie funkcji nerek. Uważać także trzeba na leki przeciwplątkowe, gdyż w połączeniu mogą powodować krwawienia [22].

PODSUMOWANIE

Leki przeciwbólowe są najczęściej nadużywanymi lekami przez pacjentów. Szacuje się, że blisko 20% populacji jest uzależnione od leków przeciwbólowych. Polacy znajdują się w światowej czołówce narodów zażywających leki przeciwbólowe.

Często zdarza się, że przekonani o bezpieczeństwie leków przeciwbólowych, zażywamy je przy każdej możliwej okazji, nie przestrzegając zaleceń zawartych w ulotce. A nadużywanie leków przeciwbólowych może prowadzić do szeregu działań niepożądanych, takich jak nudności, choroba wrzodowa żołądka, zmiany skórne. Paradoksalnie, stosowanie leków przeciwbólowych kilka razy w tygodniu może być przyczyną polekowych bólów głowy tzw. bólów głowy z odbicia.

Lek przeciwbólowy bez recepty jest środkiem doraźnej pomocy. Jeśli dolegliwości bólowe utrzymują się dłużej niż 3 dni, konieczna jest wizyta u lekarza, a maskowanie problemu lekami przeciwbólowymi może tylko bardziej narażać nas na poważne konsekwencje zdrowotne.

PIŚMIENNICTWO

1. Giermaziak W.: Historia zwalczania bólu przez człowieka. *Farm Pol.* 2014; 70(1): 18-30.
2. Painaustralia- The International Association for the Study of Pain (IASP) <https://www.painaustralia.org.au/about-pain/what-is-pain/> (Dostęp 14.03.2023).
3. Pasik Ł.: Wpływ środków odurzających na organizm człowieka- postępowanie ratownika medycznego. *Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków* 2016: 3-4.
4. Przypis K, Chrzan R.: Humanitarian Corpus. Collection of scientific articles on contemporary problems of philosophy, cultural studies, psychology, pedagogy and history. *Vinnytsia.* 2019; 27(2): 102-23.
5. Darija Mahović L.: Acupuncture for Headache Treatment- Therapy of Placebo? *Medicus.* 2019; 28(1): 65-69.
6. Heydari M, Shams M, Hashempur MH.: The Origin of the Concept of Neuropathic Pain in Early Medieval Persia (9th-12th Century CE) *Journal AMHA.* 2015; 13(2): 9-12.
7. Van Amsterdam J, Van den Brink W.: The Misuse of Prescription Opioids: A Threat for Europe. *Curr Drug Abuse Rev.* 2015; 8(1): 3-14.
8. Józwiak-Bębnista M, Nowak J.: Wnet zaboli paracetamol do woli. *Przemyślenia na temat szerokiej dostępności leków przeciwbólowych bez recepty lekarskiej. Wszechświat.* 2013; 114(8-9): 255-264.
9. Nawrocka-Musiał D., Nawrocka E., Latocha M.: Ból jako efekt uboczny terapii fotodynamicznej i metody jego leczenia. *Inżynieria Biomedyczna* 2017; 23(1): 57–68.
10. Lipkowski A.: Nowe opioidowe leki przeciwbólowe- kierunki poszukiwań. *Ból przewlekły, mechanizmy, terapia, Kraków* 2013: 155-157.
11. Dyk D., Gutysz-Wojnicka A.: *Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018: 332-345.
12. Zając M, Feldman W.: Postępowanie przedszpitalne w ostrych zatruciach. *Na Ratunek* 2015; 2: 33-43.
13. Rajtar- Cynke G.: *Farmakologia.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016: 82-99.
14. Neumann-Podczaska A., Nowak T., Wieczorowska-Tobis K.: Miejsce paracetamolu wśród leków przeciwbólowych. *Gerontologia Polska* 2013; 4: 133-137.
15. Wordliczek J., Dobrogowski J.: *Leczenie bólu.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2017: 50-55.

16. Woron M., Dobrogowski J., Wordliczek J., Kleja J.: Leczenie bólu w oparciu o drabinę analgetyczną. *Medycyna po Dyplomie* 2011; 08: 52–61.
17. <https://hematoonkologia.pl/zycie-z-choroba/materialy-ogolne/id/2613-bol-jest-doswiadczeniem-emocjonalny/> (Dostęp 29.03.2023).
18. Woron J.: Koanalgetyki i ich rola w leczeniu bólu przewlekłego. *Onkologia po Dyplomie*. 2021; 04: 15-20.
19. Wells BG, DiPiro JT, Schwinghammer TL i wsp.: *Pharmacotherapy Handbook*. McGraw Hill, New York 2017.
20. Malec-Milewska M, Woron J (red.): *Kompendium leczenia bólu*. Medical Education, Warszawa 2017.
21. Łukasiuk- Głębocka M., Adamek R.: Zatrucia śmiertelne w Oddziale toksykologii w Poznaniu w latach 2008-2012 – analiza wstępna. *Przegląd Lekarski*, 2013;70(8): 463-465.
22. Hochadel MA.: *Mosby's Drug Reference for Health Professions*. Elsevier, St. Louis 2016.

Świadomość społeczeństwa na temat stosowania leków przeciwbólowych

Klaudia Grądzka¹, Krystyna Klimaszewska²

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Doświadczenia bólowe oraz sposoby radzenia sobie z nim są znane od początku pojawienia się człowieka na świecie. W pierwszych wiekach uważano to za karę bożą i nie stosowano żadnych metod uśmierzających. Historia terapii przeciwbólowych rozpoczęła się wraz z rozpoczęciem przez człowieka osiadłego trybu życia. Początkowo stosowano rzeczy z środowiska naturalnego. Wzrost inteligencji oraz techniki zwiększały się możliwość terapii przeciwbólowych. Postęp ten dał możliwość wytworzenia nowych środków przeciwbólowych, wcześniej nie możliwych do stosowania dla człowieka. Jednak syntetyczne środki stwarzają o wiele więcej niebezpiecznych sytuacji, takich jak: przedawkowania, interakcje z innymi lekami, co w konsekwencji może doprowadzić nawet do śmierci [1].

CEL PRACY

Celem pracy była subiektywna ocena poziomu wiedzy społeczeństwa na temat stosowania leków przeciwbólowych.

Cel główny został rozbudowany o następujące cele szczegółowe:

1. Sprawdzenie czy posiadanie dostatecznej wiedzy w temacie stosowania leków przeciwbólowych jest uzależnione od posiadania wykształcenia medycznego.
2. Ocena ankietowany na temat nadużywania leków przeciwbólowych.
3. Wpływ płci na częstotliwość przyjmowania leków przeciwbólowych.
4. Wpływ wieku na sposoby wykonywanych czynności podczas odczuwania bólu.

MATERIAŁY I METODY

Badania zostały przeprowadzone wśród 200 osób zamieszkujących terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w październiku 2022 roku po uzyskaniu zgody komisji Bioetycznej UMB nr. APK.002.317.2022. Respondenci zostali poinformowani, że udział w badaniu jest dobrowolny i anonimowy, a wypełnienie ankiety jest jednoznaczne ze zgodą na udział w badaniu oraz że mają prawo do rezygnacji z udziału w badaniu na każdym jego etapie bez ponoszenia jakichkolwiek konsekwencji.

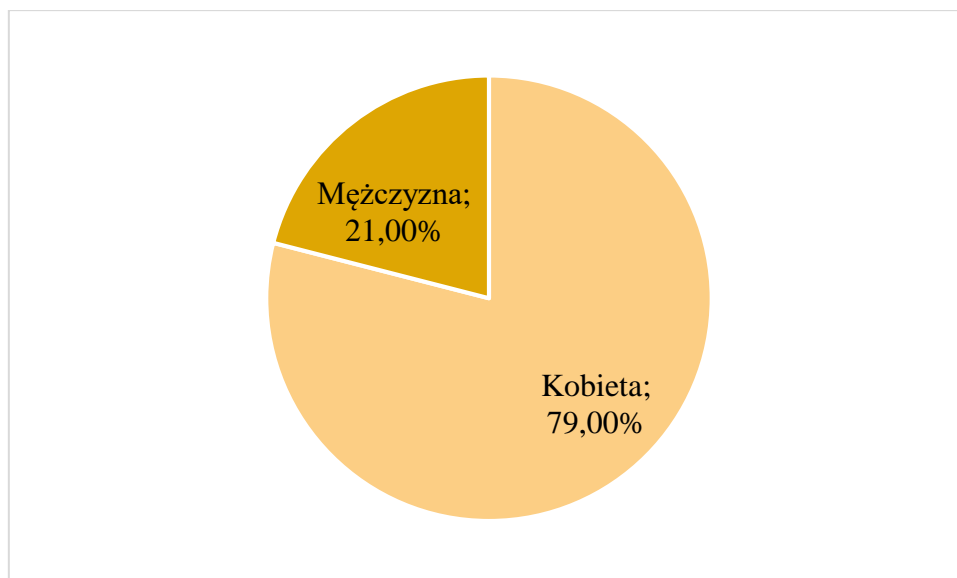
W badaniu wzięło udział 158 kobiet i 42 mężczyzn. Największa grupa respondentów zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn znalazła się w przedziale wiekowym między 21 a 39 rokiem życia. Ponad połowa ankietowanych posiadała wykształcenie wyższe a ponad 1/3 wykształcenie średnie, dwie osoby mają wykształcenie podstawowe. Najwięcej osób biorących udział w badaniu zamieszkiwało miasto liczące od 150 tys. mieszkańców do 500 tys. mieszkańców.

W niniejszej pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, w którym wykorzystano kwestionariusz ankiety opracowany na podstawie dostępnej literatury. Kwestionariusz ankiety zawierał 13 pytań jednokrotnego wyboru oraz 3 pytania wielokrotnego wyboru. Składał się z dwóch części pierwszej zawierającej 5 pytania – część ogólna, drugiej zasadniczej, w której umieszczono 11 pytań dotyczących leków przeciwbólowych. Do przeprowadzenia analizy statystycznej posłużono się oprogramowaniem Microsoft Excel oraz Statistica 13, w którym wykorzystano test Fishera, gdzie wyliczono prawdopodobieństwo testowe (współczynnik p), a także testem niezależności χ^2 . Jako wartość graniczną poziomu istotności zakłada się $\alpha=0,05$. Gdy wynik współczynnika p jest niższy niż wartość α to rozwiązanie oceniane jest jako statystycznie istotne. Natomiast wynik p jest $\geq \alpha$ pozwala odrzucić postawioną hipotezę. Odpowiedzi respondentów ilustrowano wykresem słupkowym, kolumnowym i kołowym.

WYNIKI

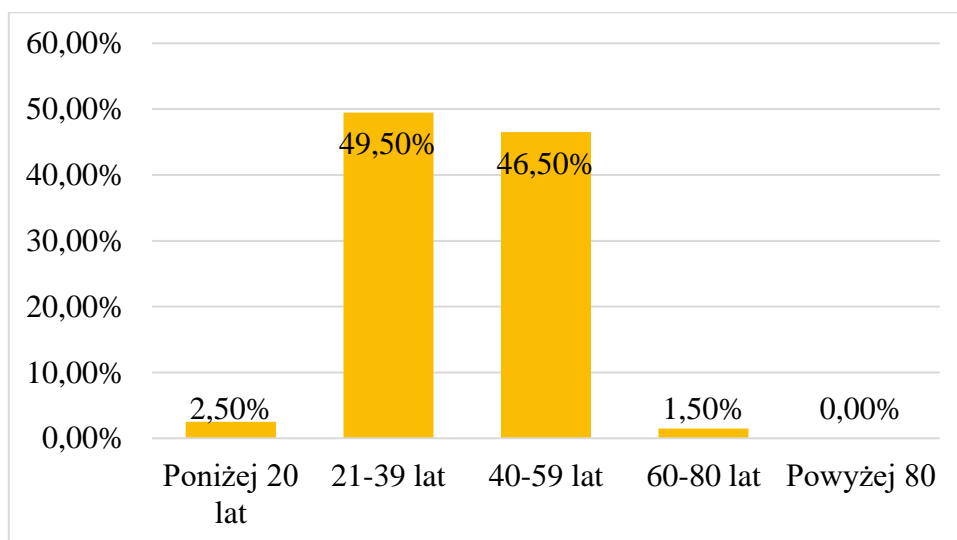
W populacji 200 losowo wybranych respondentów poddanych ocenie wiedzy na temat stosowania leków przeciwbólowych większą grupę stanowiły kobiety (n=158; 79,00%). Dane związane z płcią ankietowanych ukazano na Rycinie 1.

Świadomość społeczeństwa na temat stosowania leków przeciwbólowych



Rycina 1. Rozkład ankietowanych według płci

Respondentów podzielono pod względem wieku. Najliczniejszą grupę tworzyły osoby między 21 a 39 rokiem życia (n=99; 49,50%), a najmniejszą badani mający od 60 do 80 lat (n=3; 1,50%). Również znaczną część populacji stanowiły osoby badane w wieku między 40 a 59 rokiem życia (n=93; 46,50%) – Rycina 2.

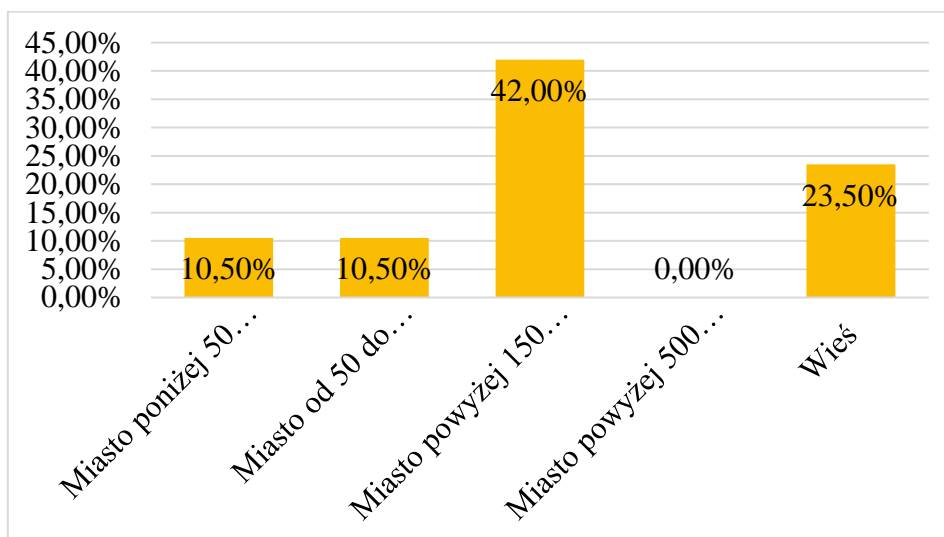


Rycina 2. Rozkład ankietowanych według wieku

Analizując rozkład ankietowanych pod względem miejsca zamieszkania wykazano, że najwięcej osób pochodziło z miast liczących od 150 do 500 tysięcy mieszkańców (n=84; 42,00%). Tereny wiejskie zamieszkiwało 47 respondentów, stanowiło to 23,50%. Zarówno w

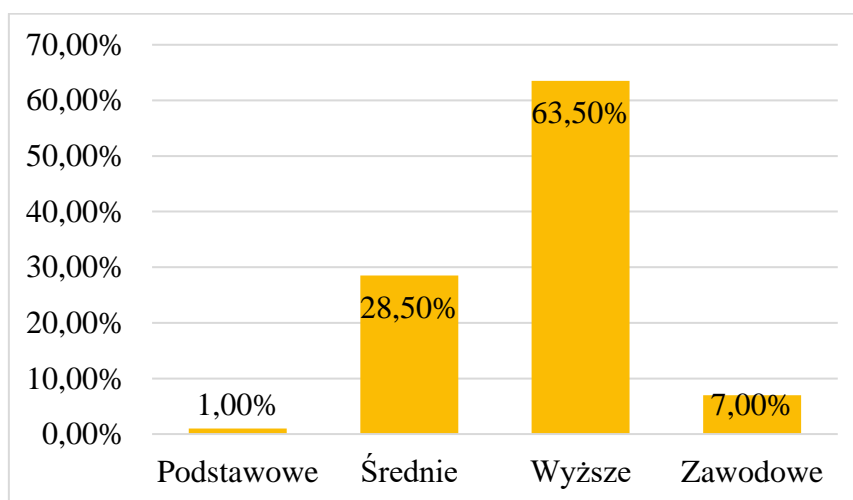
Świadomość społeczeństwa na temat stosowania leków przeciwbólowych

miastach poniżej 50 tysięcy mieszkańców jak i w miastach od 50 do 150 tysięcy mieszkańców żyło po 10,50% badanej populacji – Rycina 3.



Rycina 3. Rozkład ankietowanych według miejsca zamieszkania

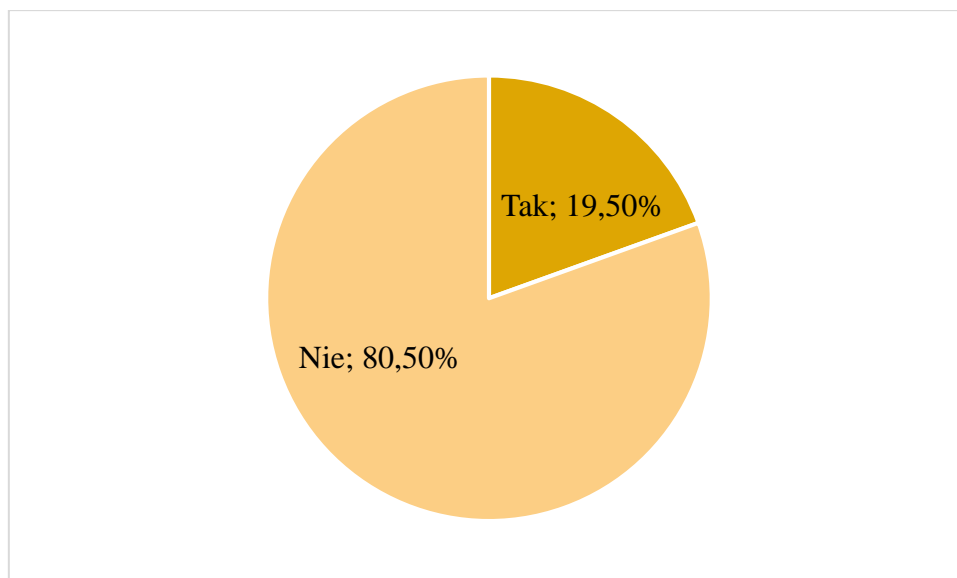
W grupie badanej dominowały osoby z wykształceniem wyższym (n=127; 63,50%). O wykształceniu średnim poinformowało 57 ankietowanych (28,50%). Wykształcenie na poziomie podstawowym posiadały dwie osoby badane (1,00%). Pozostałe dane ukazano na Rycinie 4.



Rycina 4. Rozkład ankietowanych według wykształcenia

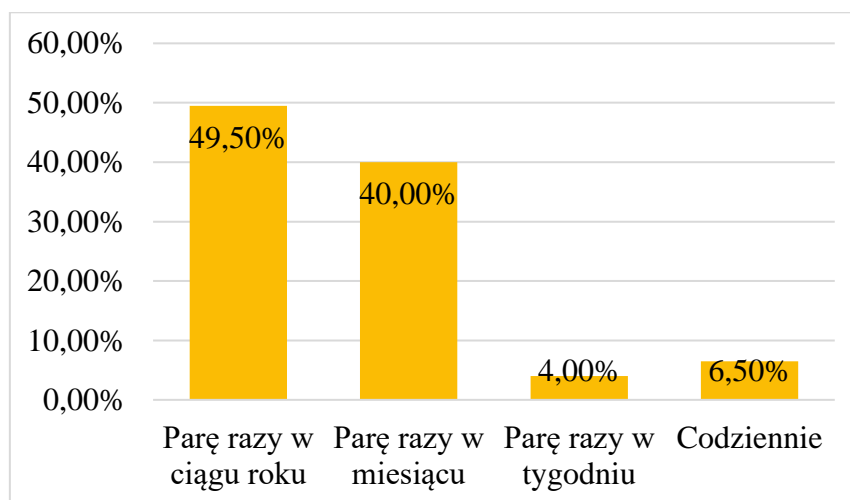
W gronie badanych znalazły się osoby z wykształceniem medycznym, stanowiły 19,50% grupy (n=39). Pozostali respondenci nie posiadali wykształcenia o kierunku medycznym (n=161; 80,50%) – Rycina 5.

Świadomość społeczeństwa na temat stosowania leków przeciwbólowych



Rycina 5. Rozkład ankietowanych według wykształcenia medycznego

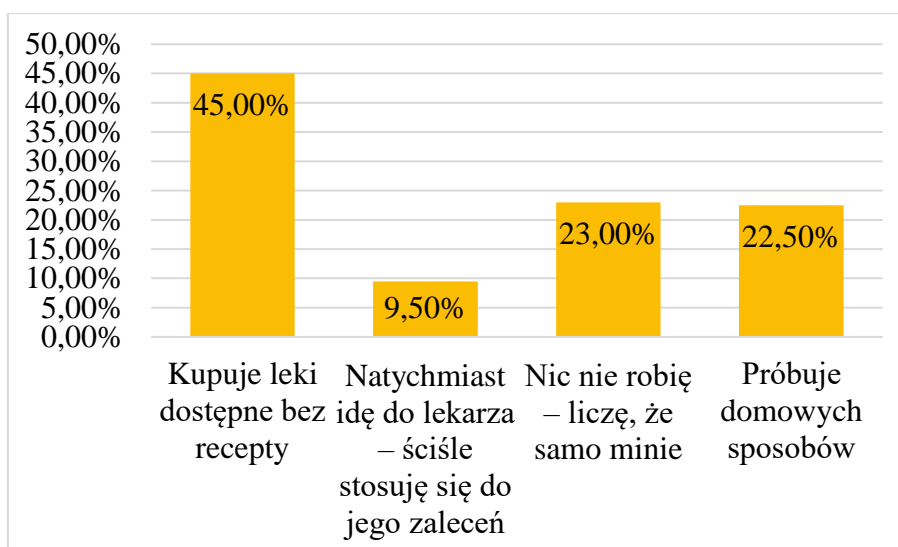
Niemal ½ badanej populacji leki przeciwbólowe przyjmuje jedynie kilka razy w ciągu roku (n=99; 49,50%). 40,00% grupy po środki przeciwbólowe sięga kilka razy w miesiącu (n=80). O codziennym stosowaniu w/w leków wspomniało 6,50% grupy badanej (n=13). Pozostałe informacje zaprezentowano na Rycinie 6.



Rycina 6. Rozkład ankietowanych według częstotliwości przyjmowania leków przeciwbólowych

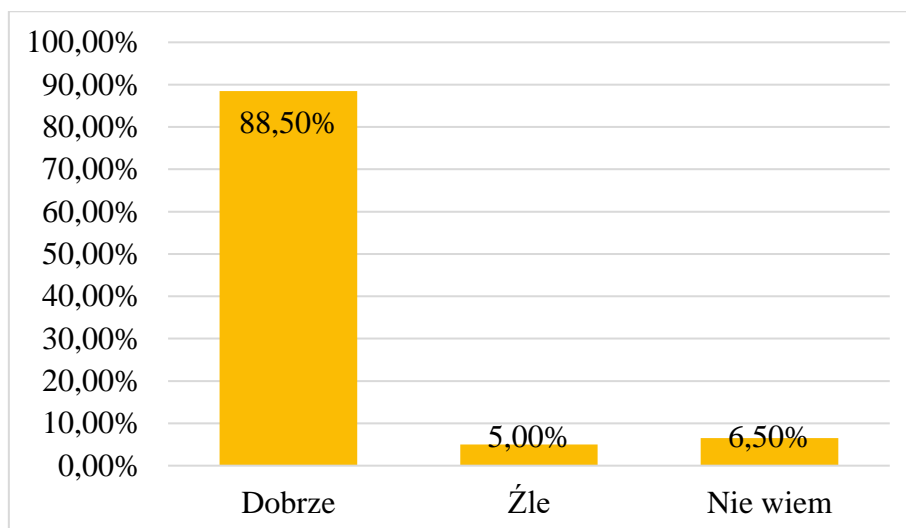
W sytuacjach związanych z odczuciami dolegliwości bólowych ankietowani najczęściej kupują leki bez recepty (n=90; 45,00%). Niespełna ½ badanej populacji próbuje domowych sposobów na zniwelowanie bólu (n=45; 22,50%) lub czeka aż ból samoistnie przejdzie (n=46; 23,00%) – Rycina 7.

Świadomość społeczeństwa na temat stosowania leków przeciwbólowych



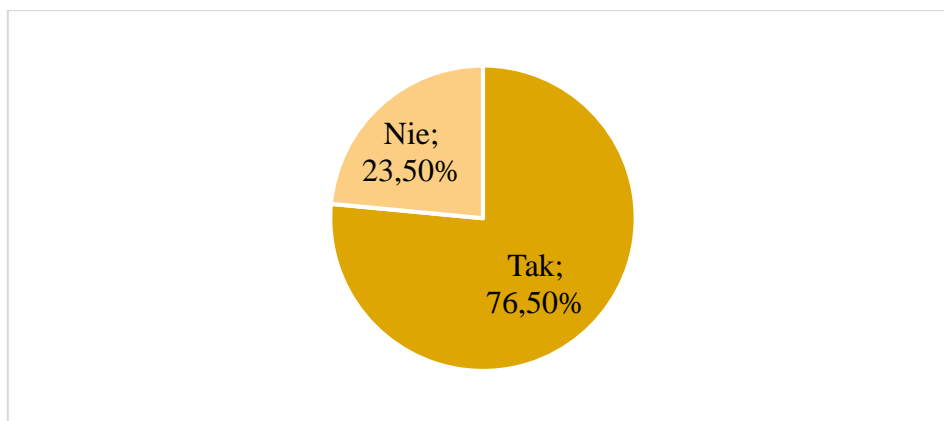
Rycina 7. Czynności wykonywane przez ankietowanych w sytuacjach związanych z odczuciami dolegliwości bólowych

Zdaniem respondentów dostęp do leków przeciwbólowych w Polsce jest dobry (n=177; 88,50%). Brak zdania wyraziło 13 ankietowanych (6,50%). Szczegółowe dane dotyczące oceny dostępności leków przeciwbólowych wykazano na Rycinie 8.



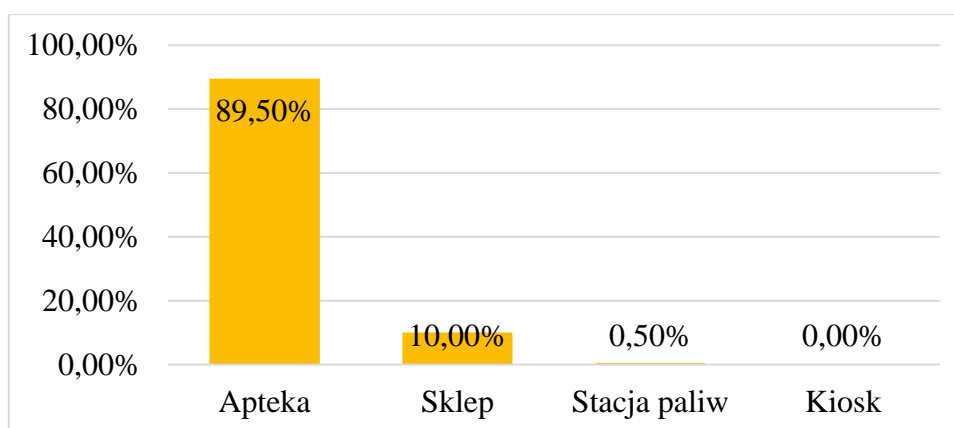
Rycina 8. Ocena dostępności leków przeciwbólowych zdaniem ankietowanych

Zdaniem ponad $\frac{3}{4}$ grupy badanej leki przeciwbólone powinny być dostępne jak obecnie (n=153; 76,50%) – Rycina 9.



Rycina 9. „Leki przeciwbólowe powinny być tak dostępne jak obecnie”

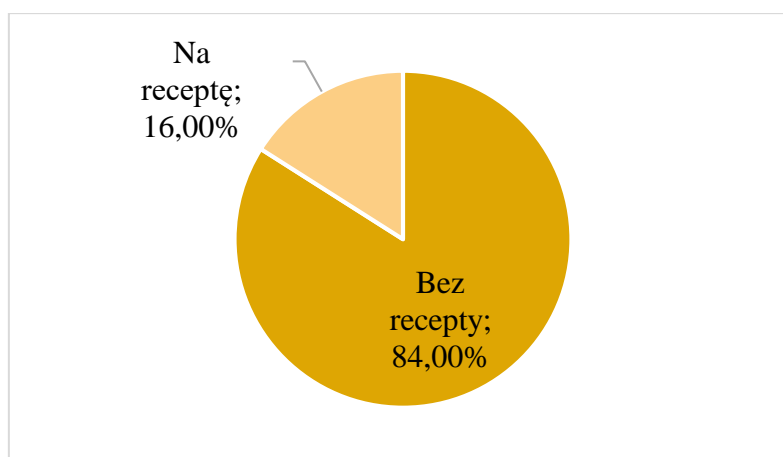
Apteka jest najczęściej wybieranym miejscem zakupu leków przeciwbólowych (n=179; 89,50%). W sklepach powyższe leki kupowało 20 ankietowanych (10,00%), na stacji paliw 1 osoba badana (0,50%), a o zakupach w kiosku nie wspomniał żaden z uczestników badania – Rycina 10.



Rycina 10. Rozkład ankietowanych pod względem miejsca zakupu leków przeciwbólowych

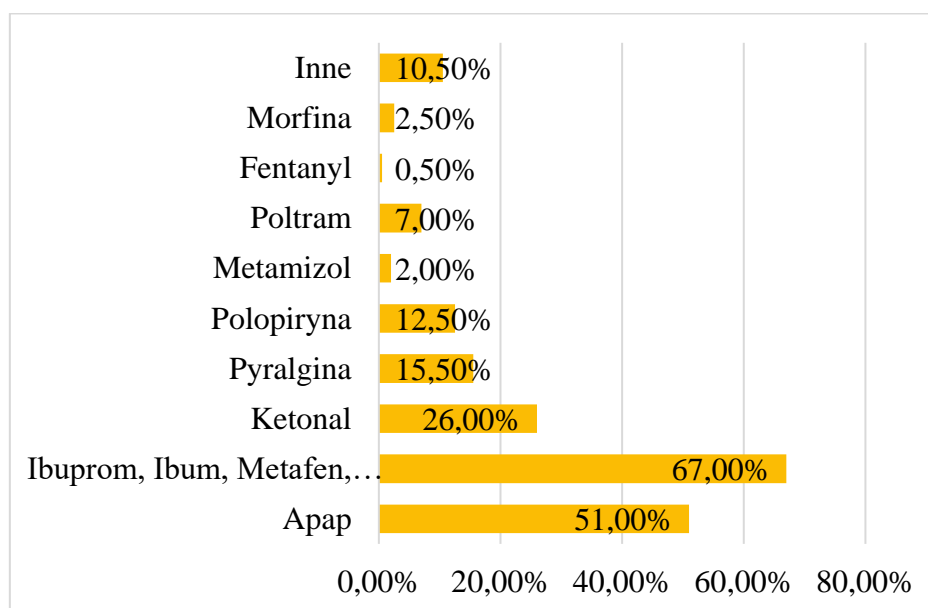
Znaczna część badanej populacji kupuje leki bez recepty (n=168; 84,00%). O lekach przeciwbólowych, które można zakupić jedynie z receptą wystawioną przez lekarza wspomniało 32 respondentów (16,00%) – Rycina 11.

Świadomość społeczeństwa na temat stosowania leków przeciwbólowych



Rycina 11. Rozkład ankietowanych pod względem zakupu leków na i bez recepty

W ciągu 6 miesięcy poprzedzających udział respondentów w badaniu najczęściej stosowanymi przez nich lekami przeciwbólowymi były środki takie jak Ibuprom, Ibum, Metafen i Nurofen (n=134; 67,00%). Ponad połowa badanych równie często sięgała po Apap (n=102; 51,00%). O stosowaniu Ketonalu wspomniało 52 uczestników badania, stanowiło to 26,00%. Pozostałe dane zaprezentowane zostały na Rycinie 15.

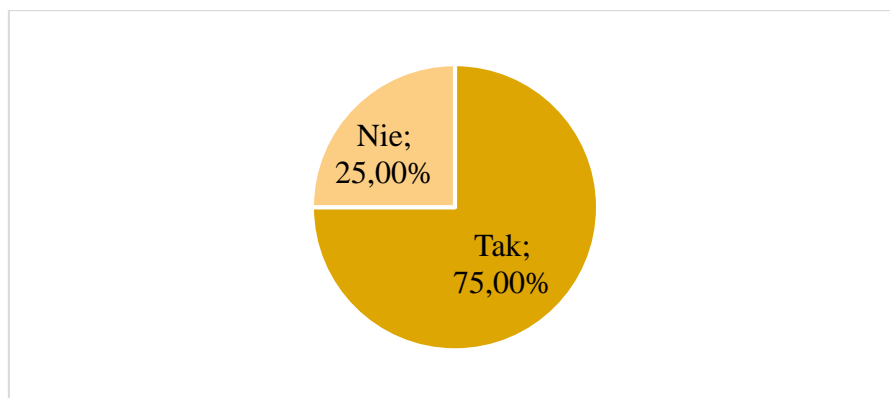


Każdy uczestnik badania mógł dokonać wielokrotnego wyboru, dlatego suma wszystkich odpowiedzi \neq 100,00%.

Rycina 15. Rozkład ankietowanych pod względem przyjmowania poszczególnych leków przeciwbólowych w ciągu 6 miesięcy poprzedzających udział w badaniu

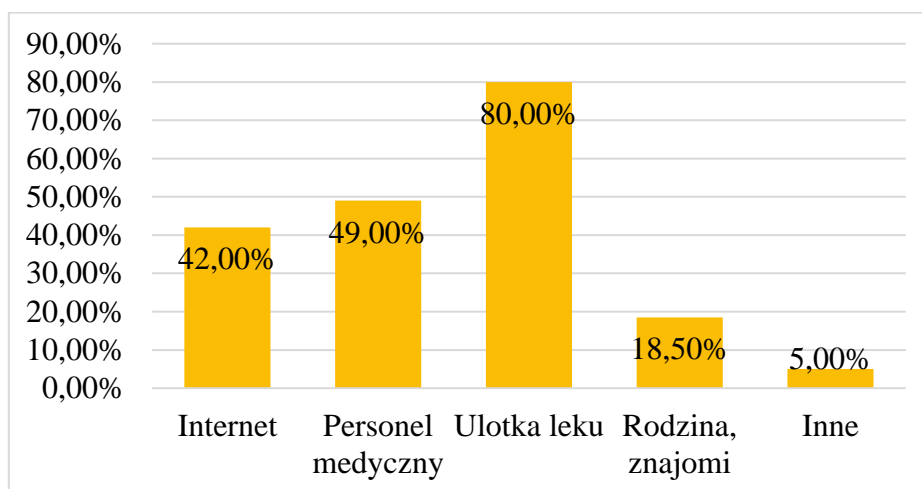
Aż 75,00% ankietowanych uważa, że ich poziom wiedzy na temat stosowania leków przeciwbólowych jest na poziomie dostatecznym (n=150). Dane zilustrowano na Rycinie 16.

Świadomość społeczeństwa na temat stosowania leków przeciwbólowych



Rycina 16. Dostateczna wiedza ankietowanych na temat stosowania leków przeciwbólowych

Analizując źródła wiedzy na temat stosowania leków przeciwbólowych wykazano, że respondenci najczęściej korzystali z informacji zawartych w ulotkach dołączonych do w/w medykamentów (n=160; 80,00%). Prawie ½ badanej populacji dane związane z lekami przeciwbólowymi czerpało od personelu medycznego (n=98; 49,00%) lub z Internetu (n=84; 42,00%). Pozostałe źródła informacji wyszczególnione zostały na Rycinie 17.

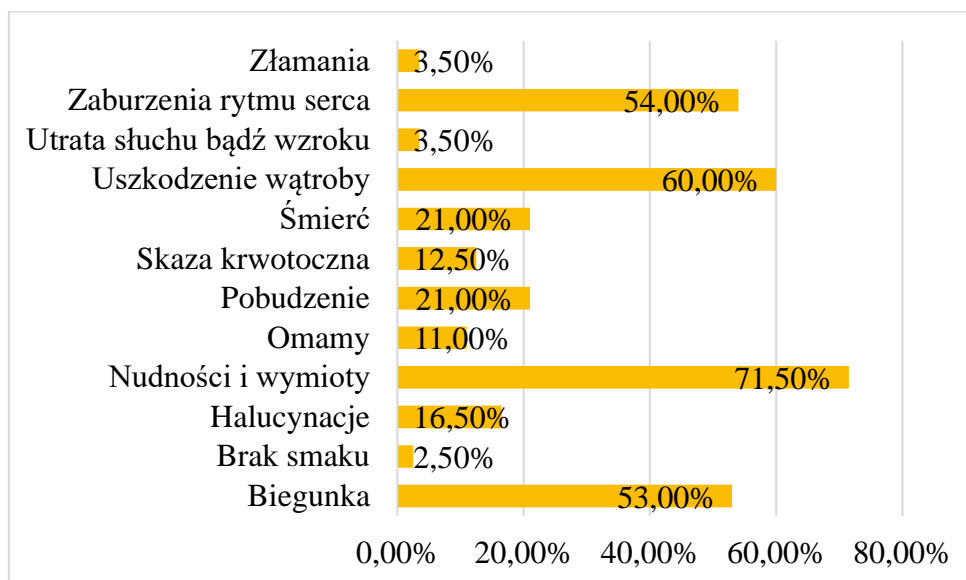


Każdy uczestnik badania mógł dokonać wielokrotnego wyboru, dlatego suma wszystkich odpowiedzi \neq 100,00%

Rycina 17. Rozkład ankietowanych pod względem źródeł czerpania wiedzy na temat stosowania leków przeciwbólowych

Świadomość społeczeństwa na temat stosowania leków przeciwbólowych

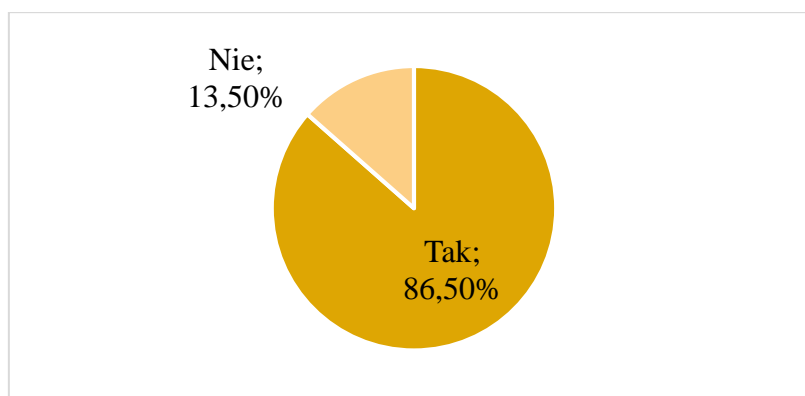
Analizując znajomość respondentów w zakresie powikłań związanych z nadużywaniem leków przeciwbólowych najczęściej wymieniano nudności i wymioty (n=143; 71,50%), uszkodzenie wątroby (n=120; 60,00%), zaburzenia rytmu serca (n=108; 54,00%) oraz biegunkę (n=106; 53,00%). Pozostałe skutki przedawkowania leków przeciwbólowych wymienione przez ankietowanych zaprezentowano na Rycinie 18.



Każdy uczestnik badania mógł dokonać wielokrotnego wyboru, dlatego suma wszystkich odpowiedzi \neq 100,00%

Rycina 18. Powikłania dotyczące nadużywania leków przeciwbólowych zdaniem ankietowanych

Według respondentów leki przeciwbólne są nadużywane przez społeczeństwo (n=173; 86,50%). Przeciwnego zdania było 27 ankietowanych (13,5%) – Rycina 19.



Rycina 19. Nadużywanie leków przeciwbólowych przez społeczeństwo zdaniem ankietowanych

Świadomość społeczeństwa na temat stosowania leków przeciwbólowych

Wykazano zależność istotną statystycznie między zdaniem ankietowanych na temat dostatecznego poziomu wiedzy z zakresu stosowania leków przeciwbólowych a posiadaniem wykształceniem medycznym ($p=0.0014$). Respondenci, którzy posiadają wykształcenie medyczne uważają, że posiadają odpowiednią wiedzę dotyczącą środków przeciwbólowych – Tabela 1.

Tabela 1. Zależność statystyczna między dostatecznym poziomem wiedzy na temat stosowania leków przeciwbólowych a posiadaniem wykształcenia medycznego przez ankietowanych

Czy Pan/Pani posiada wykształcenie medyczne?	Czy Pana/Pani zdaniem posiada Pan/Pani dostateczną wiedzę na temat stosowania leków przeciwbólowych?			
	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Tak	37	24,67%	2	4,00%
Nie	113	75,33%	48	96,00%
p	0.0014			
chi ²	10.203			

Bez względu na posiadanie wykształcenia medycznego ankietowani są zdania, że społeczeństwo nadużywa leków przeciwbólowych. Nie wykazano istotności na poziomie statystycznym ($p=0.2368$) – Tabela 2.

Tabela 2. Zależność statystyczna między posiadaniem wykształcenia medycznego a zdaniem ankietowanych dotyczącym nadużywania leków przeciwbólowych

Czy Pan/Pani posiada wykształcenie medyczne?	Czy Pana/Pani zdaniem ludzie nadużywają leków przeciwbólowych?			
	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Tak	36	24,00%	3	6,00%
Nie	137	91,33%	24	48,00%
p	0.2368			
chi ²	1.399			

Świadomość społeczeństwa na temat stosowania leków przeciwbólowych

Analizując zależność między samooceną badanych na temat wiedzy dotyczącej stosowania leków przeciwbólowych a płcią wykazano zależność istotną statystycznie ($p=0.0091$). Kobiety badane są zdania, że ich wiedza z zakresu stosowania leków przeciwbólowych jest dostateczna. Samoocena kobiet dotycząca w/w tematu jest wyższa w porównaniu z samooceną mężczyzn biorących udział w badaniu – Tabela 3.

Tabela 3. Zależność statystyczna między dostatecznym poziomem wiedzy na temat stosowania leków przeciwbólowych a płcią ankietowanych

Płeć	Czy Pana/Pani zdaniem posiada Pan/Pani dostateczną wiedzę na temat stosowania leków przeciwbólowych?			
	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Kobieta	125	83,33%	33	66,00%
Mężczyzna	25	16,67%	17	34,00%
p	0.0091			
chi ²	6.791			

Zaobserwowano, że kobiety częściej przyjmują leki przeciwbólne. Wykazano zależność istotną statystycznie między częstotliwością przyjmowania leków przeciwbólowych a płcią ankietowanych ($p=0.0230$) – Tabela 4.

Tabela 4. Zależność statystyczna między częstotliwością przyjmowania leków przeciwbólowych a płcią ankietowanych

Płeć	Jak często przyjmuje Pan/Pani leki przeciwbólne?							
	Parę razy w ciągu roku		Parę razy w miesiącu		Parę razy w tygodniu		Codziennie	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobieta	1	71,72%	70	87,50%	8	100,00%	9	69,23%
Mężczyzna	8	28,28%	10	12,50%	0	0,00%	4	30,77%
p	0.0230							
chi ²	9.524							

Świadomość społeczeństwa na temat stosowania leków przeciwbólowych

Wykazano, że bez względu na miejsce zamieszkania respondentów uważają oni, że dostęp do leków przeciwbólowych w Polsce jest dobry. Zależność ta jest istotna statystycznie ($p=0.0021$) – Tabela 5.

Tabela 5. Zależność statystyczna między zdaniem ankietowanych dotyczącym dostępu do leków przeciwbólowych a miejscem zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Jak ocenia Pan/Pani dostęp do leków przeciwbólowych?					
	Dobrze		Źle		Nie wiem	
	N	%	N	%	N	%
Miasto poniżej 50 tys. mieszkańców	15	8,47%	0	0,00%	1	7,69%
Miasto od 50 do 150 tys. mieszkańców	20	11,30%	3	30,00%	4	30,77%
Miasto powyżej 150 do 500 tys. mieszkańców	77	43,50%	1	10,00%	1	7,69%
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	20	11,30%	4	40,00%	3	23,08%
Wieś	45	25,42%	1	10,00%	1	7,69%
p	0.0021					
chi ²	24.141					

Odnotowano, że wraz ze wzrostem wieku ankietowani w sytuacji odczucia dolegliwości bólowych częściej chodzą do lekarza i ściśle stosują się do jego zaleceń. 100,00% badanych w wieku poniżej 20 lat kupuje leki dostępne bez recepty. Zależność między rodzajem czynności w sytuacjach odczucia bólu a wiekiem respondentów jest istotna statystycznie ($p=0.0301$).

DYSKUSJA

Zagadnienia dotyczące leków przeciwbólowych ich działanie oraz stosowanie są często poruszane i uważane za ważny temat w obecnych czasach.

Wszyscy ankietowani przyznali się do przyjmowania leków przeciwbólowych. Zauważono, że kobiety częściej sięgają po środki analgetyczne, niż mężczyźni.

Badanie Reguła i wsp. [2], podobnie jak w badaniach własnych ukazują, że częściej po leki analgetyczne sięgają kobiety (55%). Te stwierdzenie nie jest widoczne w badaniach Piotra Kozłowskiego [3], gdzie stwierdza, że nie ma istotnych różnic w częstości przyjmowania leków patrząc na płeć, wiek czy wykształcenie.

W tych samych badaniach co powyżej respondenci stosują leki przeciwbólne raz na kilka miesięcy i jest to największy odsetek i wynosi 46,3%. Dużą grupą stanowili także osoby zażywające środki przeciwbólne kilka razy w miesiącu (40,7%). Badaniach przeprowadzone przez Katarzyna Wójtowicz-Chomicz [4] wykazały że prawie wszyscy respondenci bo aż 86% przyznało się do przyjmowania leków przeciwbólowych parę razy w miesiącu. Wśród ankietowanych ponad połowa (66%) stwierdziło, że przeczytało ulotkę i zna działania niepożądane przyjmowania danych leków.

Natomiast w badaniach własnych największy odsetek osób 49,5% przyznało się do korzystania z leków przeciwbólowych parę razy w roku, zaś zażywanie parę razy w miesiącu wybrało 40% respondentów. Najczęstszymi odpowiedziami związanymi z działaniami niepożądanymi były: nudności i wymioty (71,5%), uszkodzenia wątroby (60%) oraz biegunka (53%). Co ukazuje znajomość respondentów na temat skutków ubocznych stosowania leków przeciwbólowych.

Najczęstszym stosowanym lekiem w badaniach Marcina Weinerja [5], bo wybranym aż przez 69,51% jest ibuprofenum czyli np. Ibuprom, Ibum. Ponad połowa 53,98% wybiera paracetamol znajdujący się np. w Apap. Prawie wszyscy, bo aż 91,1% przyznało, że najczęściej leki przeciwbólne kupują w aptece, zaś w sklepie spożywczym to 28,2% i zauważono wzrost zainteresowania sprzedażą w tym miejscu. W badaniach Springera [6] ponad połowa respondentów (55,6%) leki kupuje w aptece, zaś u Marka Derkacza [7] ten odsetek to aż 95,8%.

W badaniach własnych najczęściej wybieranym preparatem był ibuprofenum, wybrało go ponad 67%, zaś paracetamol wybrano 51% ankietowanych. Wśród miejsc sprzedaży leków pierwszym wyborem okazała się Apteka, bo aż 89,5%. Dużo mniej (10%), wybrano sklep. Stację paliw wybrała 1 osoba, zaś kiosku nikt.

W wynikach z badań Jakuba Szyllera i wsp., które zostały przeprowadzone poprzez analizę 20 408 kart medycznych czynności ratunkowych, średnia wieku pacjentów to około 58 lat. Z całej puli przeanalizowanych kart medycznych znaleziono 150 przypadków zastosowano morfinę i fentanyl. Najczęściej były one stosowane w urazach kończyn oraz bólów kardiologicznych [8]. Kolejne badanie Jerzego Kiszka i wsp.[9], które także zostały przeprowadzone w Zespole Podstawowym Ratownictwa Medycznego wykazały, że średnia wieku wynosiła 51,35. Badania zostały przeprowadzone w populacji 1256 osób, 588 to kobiety, zaś mężczyźni stanowili 668 populacji. Jedynie 38 osób przyjęło leki przeciwbólne przed przyjechaniem Zespołu Ratownictwa Medycznego, przyczyną były bóle głowy. Stosowali oni Ibuprofen, Metamizol bądź Ketoprofen. Leki przeciwbólne stosowane w szpitalu to przypadki: urazy głowy (33%), urazy kończyn dolnych (31%), górnych (16%), oraz urazy wielonarządowych (13%), resztę to szczątkowe przypadki urazów brzucha i klatki piersiowej. Zaś w bólach nieurazowych stosowano w: bólach brzucha (52%), bólach klatki piersiowych (22%), bólach pleców (17%), reszta to mały odsetek przypadków, a są nimi: bóle głowy i szyi oraz bóle nowotworowe. W powyższych przypadkach najczęściej stosowano Ketoprofen, Morfinę oraz Kwas acetylosalicylowy.

W badaniach własnych największą liczbą respondowanych z względu na wiek były osoby w przedziale 21-39 lat (49,50%), niewiele mniej bo 46,50% reprezentowały osoby w wieku 40-59 lat. Kobiety reprezentowały znaczącą większość. Najczęściej stosowanym lekiem był Ibuprofen, Apap oraz Ketonal. Spośród 200 ankietowanych, tylko 5 osób przyznało się do stosowania morfiny, zaś do przyjmowania fentanylu 1 osoba.

Artykuł Piotra Ratajczaka [10] i wsp. ukazuje badania, w których ponad połowa, bo aż 73% nie konsultowało stosowania leków przeciwbólowych z lekarzem, zaś 78% czytało ulotkę, aby dowiedzieć się jak stosować dane preparaty. 61% ankietowanych do 40 roku życia nie zauważyło działań niepożądanych poprzez terapii przeciwbólowej.

Podobne wyniki jak w/w uzyskała Rogulska i wsp [11]. W danych badaniach ponad 50% badanych stwierdziło że nie korzystają z wizyty u lekarza w kwestii dolegliwości bólowych i wybraniem odpowiedniego leku. Pozytywnym aspektem jest fakt, że kolejne badanie ukazuje duży odsetek ludzi czytających ulotki preparatów- u pani Rogulskiej jest to aż 87%. Zadeklarowali oni, że znają charakterystykę produktu, stosowanie oraz objawy przedawkowania.

Badania własne ukazały, że wraz z wzrostem wieku, coraz częściej osoby decydują się na wizytę u lekarza, w grupie 21- 39 lat jest to 21,05%, zaś w przedziale 40- 59 lat wynosi to aż 73,68%. W sytuacji pojawienia się dolegliwości bólowych osoby młodsze częściej liczą na to

że samo przejdzie i nie trzeba stosować żadnych leków. Zadziwiającymi wynikami jest liczba osób stosujących domowe sposoby. Ponad 20 ankietowanych w przedziale wiekowym 21- 39 lat przyznaje się do domowych sposobów, gdzie w grupie 40-59 osób z takimi sposobami utożsamiają się niecałe 15 osób. W temacie stosowania leków przeciwbólowych nie stwierdzono istotnych zależności dotyczące wieku osób badanych. Ankietowani podobnie jak w badaniach powyżej swoją wiedzę czerpią z ulotek preparatów, jest to równo 80%. O wiele mniej bo 49% o informacje pyta personel medyczny. Internet jest skarbnicą wiedzy dla 42% respondentów. Zauważono istotną zależność świadomości stosowania leków przeciwbólowych a posiadaniem wykształcenia medycznego. Personel medyczny prawie w 100% uważa że ma dostateczną wiedzę tym temacie. Badania ukazały także, że samoocena kobiet w w/w temacie jest wyższa niż mężczyzn. Odwrotnie niż w badaniach Ratajczaka, badania własne ukazały że większa część osób zna najczęściej występujące skutki uboczne. Nudności i wymioty zaznaczyło 143 ankietowanych, uszkodzenia wątroby 120, zaburzenia rytmu serca 108 zaś biegunkę 106. Ukazuje to wysoką świadomość występujących działań niepożądanych. Jednak mimo wysokiej świadomości działań niepożądanych, badania wykazały że aż 86,5% uważa problem nadużywania leków przeciwbólowych za nadal aktualny.

WNIOSKI

1. Osoby z wykształceniem medycznym i bez niego uważają, że posiadają dostateczną wiedzę na temat stosowania leków przeciwbólowych.
2. Posiadanie wykształcenia medycznego nie wpływa na opinie nadużywania leków przeciwbólowych.
3. Płeć miała wpływ na znajomość stosowania leków przeciwbólowych- kobiety posiadają większą świadomość.
4. Kobiety częściej przyjmują leki przeciwbólne.
5. Miejsce zamieszkania nie wpływa na dobry dostęp do leków przeciwbólowych.
6. Badania ukazały, że wraz z wzrostem wieku wzrasta częstość wizyt u lekarza w sprawie terapii przeciwbólowych.
7. Wiek badanych nie ma wpływu na sposób czerpania wiedzy o stosowaniu leków przeciwbólowych- najczęściej korzystano z ulotek.

PIŚMIENNICTWO

1. Pasik Ł.: Wpływ środków odurzających na organizm człowieka- postępowanie ratownika medycznego. Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków 2016:3-4.
2. Reguła J., Wocial T., Kraszewska E., Butruk E.; Stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych w Polsce; Gastroenterologia Kliniczna 2011; 3(2): 72–78.
3. Kozłowski P., i wsp.: Analiza nawyków i zachowań związanych ze stosowaniem środków przeciwbólowych dostępnych bez recepty. Uniwersytet Medyczny w Lublinie 2020.
4. Wójtowicz-Chomicz K., Borzęcki A.: Stosowanie leków przeciwbólowych z grupy OTC przez studentów Wydziału Lekarskiego UM w Lublinie. Wydawnictwo Continuo, 2011; 13(2): 254–256.
5. Weiner M., Tokarska-Rodak M., Bida A.: Stosowanie leków przeciwbólowych w różnych grupach wiekowych z uwzględnieniem relacji międzypokoleniowych. Rozprawy Społeczne 2019; 13(1): 72-79.
6. Szpringer, M. i wsp.: Stosowanie leków dostępnych bez recepty i suplementów diety przez osoby dorosłe z województwa świętokrzyskiego. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2015; 21, 2: 163–167.
7. Derkacz M. i wsp.: Stosowanie leków OTC przez pacjentów Poradni Lekarza Rodzinnego. Wydawnictwo Continuo 2014; 16(3): 216-218.
8. Szyller J., Koral M., Zyśko D.: Analiza zastosowania opioidowych leków przeciwbólowych przez ratowników medycznych w zespołach podstawowych ratownictwa medycznego. Anestezjologia i Ratownictwo 2013; 7: 165-172.
9. Kiszka J., Ozga D., Szela S. i wsp.: Stosowanie leków przeciwbólowych w Zespołach Podstawowych Ratownictwa Medycznego – doniesienie wstępne. Anestezjologia i Ratownictwo 2017; 11: 282-290.
10. Ratajczak P., Kus K., Pluskota M. i wsp.: Leki OTC a samo leczenie bólu. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2015; 3(44): 147-153.
11. Roguska B, Feliksiak M.: Komunikat z Badań Centrum Badań Opinii Społecznej. Warszawa 2010. BS 143.

Pierwsza pomoc w wybranych przypadkach

Angelika Adrianna Guzowska¹, Krystyna Klimaszewska²

1. NZOZ Poradni Lekarzy Rodzinnych Mariola Jadwiga Aleksandrowicz, Białystok
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Pierwsza pomoc jest określana jako zespół czynności podejmowanych przez osobę będącą świadkiem zdarzenia, jakim jest nagłe zagrożenie życia i zdrowia osoby poszkodowanej, do momentu przyjęcia czynności ratowniczych przez odpowiednie służby medyczne. Obowiązek ten należy do każdego człowieka, niezależnie od wieku czy wykształcenia [1].

Ustawa z 8 września, 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, która dotyczy ratowania życia ludzkiego, składa się z 3 etapów:

- **pierwszej pomocy przedmedycznej**, która dotyczy każdego świadka zdarzenia, jakim jest nagła utrata życia lub zdrowia ludzkiego;
- **kwalifikacji pierwszej pomocy**, która odbywa się poprzez ocenę czynności przez ratownika medycznego;
- **medycznych czynności ratunkowych**, które są podejmowane wyłącznie przez medyków, czyli lekarzy, pielęgniarki i ratowników medycznych [1].

Każdy człowiek, który nie naraża własnego życia lub zdrowia, ma obowiązek udzielenia pierwszej pomocy przedmedycznej, co regulują przepisy prawa, m.in. Kodeksu Karnego, Kodeksu Pracy czy Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Nie podjęcie działań ratujących życie osoby poszkodowanej, przez osobę będącą świadkiem zdarzenia, podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat. Wyjątek dotyczy sytuacji, w której osoba poszkodowana wymaga bezwzględnej pomocy lekarskiej lub, gdy na miejscu zdarzenia znajduje się służba medyczna [2].

Art. 162. KK „Nie popełnia przestępstwa ten, kto nie udziela pomocy, do której jest konieczne poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej”[2].

ROZWINIĘCIE

Łańcuch przeżycia

Stwierdza się, że po 4 minutach od NZK w obrębie mózgu zachodzą nieodwracalne zmiany degeneracyjne, dlatego ważna jest szybka reakcja. W ten sposób możemy uratować życie i zdrowie ludzkie. W sytuacji, gdy mamy do czynienia z zatrzymaniem krążenia, stosuje się tzw. „łańcuch przeżycia”. Składa się on z czterech ogniw potrzebnych do prawidłowej resuscytacji:

- Ocena sytuacji, wczesne rozpoznanie objawów oraz wezwanie pomocy medycznej;
- Wykonanie RKO;
- Wykonanie defibrylacji;
- Zapewnienie medycznej opieki ze strony zespołu ratowniczego [3].

Pierwsze ogniwo dotyczy zapewnienia bezpieczeństwa sobie i osobie poszkodowanej, a także rozpoznania NZK i wezwania pomocy medycznej. Wzywając wykwalifikowaną pomoc medyczną, należy do momentu ich przyjazdu być pod stałym kontaktem z dyspozytorem medycznym. W celu rozpoznania NZK, należy udrożnić drogi oddechowe odchyłając głowę do tyłu, a następnie pochylić się nad policzkiem poszkodowanego i nasłuchiwać oraz obserwować ruchy klatki piersiowej przez 10 sekund. Należy zwrócić uwagę na takie objawy jak brak świadomości, czyli reakcji poszkodowanego na bodźce oraz brak wyczuwalnego oddechu i tętna. W dalszym postępowaniu przechodzi się do podjęcia resuscytacji krążeniowo-oddechowej, czyli wykonaniu 2 wdechów ratowniczych i 30 ucisków klatki piersiowej u osób dorosłych. U dzieci schemat ten wygląda nieco inaczej. Wykonujemy 5 wdechów ratowniczych, 15 uciśnień klatki piersiowej i następnie 2 wdechy ratownicze. Kluczowe znaczenie ma prawidłowa technika. Klatkę piersiową należy uciskać z głębokością 5 cm o częstotliwości 100-120 u/min. kończyny górne osoby udzielającej pomocy, powinny być wyprostowane w łokciach podczas uciśnień klatki. W przypadku, gdy świadek zdarzenia nie był odpowiednio przeszkolony i nie zna prawidłowej techniki RKO, wtedy otrzymuje telefoniczną instrukcję od dyspozytora medycznego. Przedostatnim krokiem jest wykonanie szybkiej defibrylacji. Stanowi ona ważny punkt w łańcuchu przeżycia, gdyż wykonana w ciągu 3-4 minut od utraty świadomości, zwiększa szansę na przeżywalność w 50-70%. Defibrylacja jest zabiegiem ratującym życie ludzi. Polega na użyciu krótkotrwałego prądu o wysokiej częstotliwości w celu pobudzenia pracy serca. Ostatnim ogniwem jest zapewnienie medycznej opieki ze strony zespołu ratowniczego. Możliwe może okazać się przeprowadzenie bardziej

zaawansowanej resuscytacji, przy użyciu medycznego sprzętu do udrażniania dróg oddechowych czy podania szybko działających leków [3].

SCHEMAT OCENY STANU POSZKODOWANEGO

Przyjęło się, że stan zdrowia osoby poszkodowanej oceniamy według schematu ABC, który umożliwia wykonanie wszystkich niezbędnych czynności, bez pominięcia żadnej, aby uratować komuś życie. Skrót ABC tworzą pierwsze litery angielskich wyrazów A- airway, B- breathing, C-circulation, co w języku polskim oznacza drogi oddechowe, oddech, krążenie. Wyznacza on kolejność podejmowanych kroków. Zanim przejdzie się do realizowania schematu oceny stanu zdrowia, to na początku powinniśmy zadbać o własne bezpieczeństwo oraz o bezpieczeństwo poszkodowanego. Kolejnym istotnym punktem jest wezwanie pomocy, zarówno medycznej jak i ludzi będących w pobliżu zdarzenia, którzy mogą pomóc w działaniach [4].

- A-** Sprawdzenie drożności dróg oddechowych poprzez odchylenie głowy do tyłu, następnie należy otworzyć delikatnie jamę ustną i sprawdzić czy nie znajdują się w niej żadne przedmioty. W przypadku obecności ciała obcego w jamie ustnej, należy pacjenta ułożyć delikatnie na boku i spróbować ostrożnie wyjąć ciało obce. Ta metoda jest stosowana u pacjentów nieprzytomnych bez jakichkolwiek urazów. Mając do czynienia z osobą nieprzytomną z urazem kręgosłupa, powinniśmy zastosować manewr wysunięcia żuchwy. Udrażnianie dróg oddechowych wygląda nieco inaczej u osób przytomnych. W tego typu przypadkach stosuje się rękoczyn Heimlicha [4, 5].
- B-** Sprawdzanie oddechu. Ta czynność wymaga uwagi i skupienia. Po udrożnieniu dróg oddechowych pochylamy się do nich policzkiem, jednocześnie kierując wzrok na klatkę piersiową osoby poszkodowanej. W ten sposób nasłuchujemy i obserwujemy ruchy klatki oraz wyczuwamy wydychane powietrze [5].
- C-** Wycucie tętna. Tętno u osoby poszkodowanej sprawdzamy na tętnicy szyjnej. Należy przyłożyć przez chwilę opuszki palców wskazującego i środkowego na tętnicę szyjną. Brak wyczuwalnego tętna oznacza przystąpienie do RKO [5].

Realizując punkty B i C, jeśli zauważymy, że poszkodowany oddycha i jest wyczuwalne u niego tętno, ale nie odzyskuje przytomności, to wtedy układamy go w pozycji bezpiecznej bocznej. Pozycja ta pozwala utrzymać drożność dróg oddechowych, aby zapobiec zapadaniu się języka oraz zapobiega zachłyśnięciu. Kończynę dolną poszkodowanego, znajdującą się po naszej przeciwnej stronie, uginamy w kolanie pod kątem 90 stopni i kładziemy na boku po naszej stronie. Ramię, znajdujące się bliżej nas, zginamy w łokciu pod kątem 90 stopni i

kierujemy je ku górze. Ramię znajdujące się po naszej przeciwnej stronie przekładamy przez klatkę piersiową w taki sposób, aby dłoń poszkodowanego znajdowała się pod jego policzkiem. Po zastosowaniu pozycji bezpiecznej bocznej należy obserwować stan pacjenta. Zapobieganie zatrzymaniu krążenia mało różni się pod względem wykonywanych czynności u kobiet ciężarnych. Ważne jest to, aby poszkodowaną będącą w ciąży ułożyć na lewym boku pod kątem nachylenia 15-30°. W tym celu wystarczy pod biodro ciężarnej podłożyć np. zwiniętą w rulon część odzieży (kurtkę). Można również podjąć próbę ręcznego skierowania macicy na lewą stronę. Tego typu pozycje zapobiegają uciskowi na żyłę główną dolną oraz aortę [8]. Pozycja bezpieczna boczna posiada również przeciwwskazania do jej stosowania. Zaliczamy do nich:

- Zatrzymanie krążenia,
- Urazy kręgosłupa,
- Urazy rdzenia kręgowego,
- Urazy kości czaszki,
- Urazy klatki piersiowej,
- Urazy brzucha,
- Złamania kończyn i miednicy [9].

AUTOMATYCZNY DEFIBRYLATOR ZEWNĘTRZNY

AED jest urządzeniem stosowanym w NZK, a mianowicie w występującym częstoskurczu komorowym oraz migotaniu komór. Wykrywa również asystolię. AED za pomocą impulsu elektrycznego, wyzwała prąd o określonej energii, która ma za zadanie przywrócić rytm prawidłowy serca. Energia jaką stosuje się podczas defibrylacji, zależy od rodzaju defibrylatora. W przypadku defibrylatorów jednofazowych wynosi 360J, z kolei w dwufazowych 150-200J. Defibrylator jest urządzeniem, które ratuje życie, dlatego ciągle wzrasta jego liczba na świecie. Urządzenia te rozmieszczane są w różnych miejscach publicznych. Znajdują się m.in. w hotelach, galeriach, szkołach, uczelniach, na basenach czy dworcach [10].

Urządzenia do defibrylacji są łatwe w obsłudze i posiadają instrukcję głosową, która ułatwia osobie udzielającej pomocy korzystania z defibrylatora. Należy dokładnie wykonywać polecenia głosowe oraz zwrócić uwagę na to, aby przed rozpoczęciem defibrylacji pacjent był pozbawiony wszelkich metalowych przedmiotów, np. obrączki, pierścionków, łańcuszków. Elektrody umieszczamy zgodnie ze schematem umieszczonym na urządzeniu, czyli pod prawym obojczykiem oraz lewą pachą. Ważne jest to, aby dobrze przylegały one do klatki piersiowej oraz nie dotykały jaki i również nie zachodziły na siebie. Urządzenie to jest

dodatkowo zaopatrzone w specjalny sprzęt usuwający owłosienie z klatki piersiowej u mężczyzn. Wykonując defibrylację trzeba pamiętać, aby odsunąć się od pacjenta. Po skończonej defibrylacji należy od razu przystąpić do RKO. Tradycyjne AED mogą być stosowane u dzieci od 8 r.ż. U młodszych dzieci stosuje się urządzenia do defibrylacji ze specjalnie przeznaczonymi elektrodami [11].

PIERWSZA POMOC W WYBRANYCH PRZYPADKACH

ZADŁAWIENIE

O zadławieniu mówimy wtedy, gdy dochodzi do zatkania górnych dróg oddechowych, poprzez znajdujące się tam ciało obce. Zadławienie może przejawiać się łagodnie lub ciężko. Łagodnie przebiega w sytuacji, kiedy pacjent potrafi mówić, oddychać i kaszleć. Z kolei zadławienie przebiegające w ciężkiej postaci charakteryzuje się utrudnionym oddechem, sinicą oraz uniemożliwieniem rozmowy. Może ono przyczyniać się do powstawania nieodwracalnych zmian w OUN, a nawet zagrażać życiu. Większość przypadków zadławienia dotyczy małych dzieci oraz osób powyżej 65 r.ż. U dzieci przyczyną zadławień są najczęściej małe fragmenty zabawek lub drobne kawałki pokarmu. U dorosłych za przyczynę uznaje się pokarm, a także określone choroby, które powodują upośledzenie połykania. Do tych chorób możemy zaliczyć:

- Dysfagię,
- Stwardnienie zanikowe boczne,
- Astmę oskrzelową,
- Chorobę Huntingtona,
- Udar mózgu,
- Stwardnienie rozsiane,
- Chorobę Parkinsona,
- Dystrofię mięśniową
- Stany skurczowe przełyku,
- Guzy przełyku [13].

Postępowanie w postaci łagodnej niedrożności u osoby **przytomnej** nie wymaga specjalnych czynności. Pacjenta dorosłego zachęca się do wywołania kaszlu, w celu usunięcia przeszkody. Należy kontrolować stan zdrowia poszkodowanego. U dzieci może być konieczność pochylenia się do przodu [13].

Postępowanie w postaci ciężkiej niedrożności u osoby **przytomnej** wymaga zastosowania odpowiednich czynności z zastosowaniem rękoczynu Heimlicha. Według wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji ERC 2015 na początku należy wykonać 5 dosyć

mocnych uderzeń między łopatkami, jednocześnie poszkodowany powinien znajdować się w pozycji pochylonej. W przypadku braku efektów należy przejść do kolejnej czynności jaką jest uciskanie nadbrzusza, tzw. rękoczyn Heimlicha. Czynność tą należy również wykonać 5 razy [13].

Rękoczyn Heimlicha - działanie mające za zadanie udrożnić drogi oddechowe pod postacią ciężkiej niedrożności. Poszkodowany powinien pochylić się delikatnie ku przodowi, a tuż zanim osoba wykonująca rękoczyn powinna objąć go ramionami w miejscu nadbrzusza, a dokładniej przepony. Jedną rękę należy ugiąć w pięść i wykonać zdecydowane ruchy pociągnięć do siebie i ku górze. Rękoczyn można wykonywać u dzieci powyżej 1 r. ż. [14].

Postępowanie w przypadku zadławienia u osoby **nieprzytomnej** wymaga próby udrożnienia dróg oddechowych tak jak przedstawiono na fotografii 1., a następnie przystąpienia do RKO oraz powiadomienia zespołu ratownictwa medycznego [14].

Działaniem postępującym w pierwszej pomocy u dzieci są uderzenia między łopatkami, podczas którego dziecko ułożone jest głową w dół na udzie lub przedramieniu. Wykonujemy 5 uderzeń okolicą nadgarstka. W sytuacji, gdy planowane działania nie przynoszą rezultatów, a dziecko jest przytomne, to kolejnym krokiem jest wykonanie dwoma palcami 5 ucisków nadbrzusza lub klatki piersiowej, na głębokość 1 cm [7, 14].

OPARZENIA

Oparzenia określane są jako uraz skóry, błon śluzowych czy tkanek, które wywołane są działaniem energii, głównie wysokiej temperatury, prądu lub żrącej substancji chemicznej. Według WHO, co roku stwierdza się na świecie 180 000 zgonów z powodu oparzeń, z kolei w Polsce, oparzeniom ulega co roku 250- 400 tysięcy osób [15].

Oparzenia można podzielić na:

- **Termiczne**, powodują uszkodzenia skóry oraz tkanek na skutek działania wysokiej temperatury. Wpływ na to ma czas ekspozycji. Oparzeniom termicznym towarzyszy ból, pieczenie, zaczerwienienie, pęcherze skórne, obrzęk.
- **Chemiczne**, które w skutek wydobywających się trujących oparów, powodują niebezpieczne oparzenia. Oparzenia często dotyczą skóry, oczu i dróg oddechowych. W wyniku oparzeń chemicznych na skórze pojawiają się plamy, towarzyszy kłujący ból. Natomiast w przypadku przedostania się substancji żrącej do przewodu pokarmowego, następuje uszkodzenie narządów, co w konsekwencji grozi śmiercią.

Pierwsza pomoc w wybranych przypadkach

- **Elektryczne**, również niebezpieczne oparzenie, które może być wywołane poprzez kontakt z prądem elektrycznym lub poprzez uderzenie piorunem. Może powodować utratę przytomności, zatrzymaniem oddechu i śmierć.
- **Radiacyjne**, wywołane promieniowaniem jonizującym i słonecznym. Temu oparzeniu towarzyszą objawy znacznego obniżenia ciśnienia tętniczego krwi, temperatury ciała, w związku z czym mogą pojawić się drgawki.

Oparzenia również możemy podzielić w zależności od głębokości oparzenia skóry, wśród nich możemy wymienić:

- **Powierzchniowe**- określane są jako oparzenia **I stopnia**. Dotyczą jedynie naskórka. Oparzeniom powierzchniowym towarzyszy zaczerwienienie oraz pieczenie. Nie pozostawiają one blizny.
- **O pośredniej grubości**- przedstawiane jako oparzenia **II stopnia**. Oprócz tego, że dotyczy naskórka, to także wnika w grubszą warstwę skóry. Towarzyszą objawy jak przy oparzeniu powierzchniowym, dodatkowo po pewnym czasie pojawiają się na skórze pęcherze wypełnione płynem surowicznym, których pod żadnym pozorem nie należy rozdrapywać.
- **Głębokie- III i IV stopnia**. Wnikają w całkowitą grubość skóry, a charakteryzują się brakiem odczuwania bólu w skutek uszkodzenia nerwów czuciowych. Pozostawiają bliznę i wywołują przykurcze [15].

Do określenia powierzchni oparzeń stosuje się regułę dziewiątek Wallace'a lub regułę dłoni. Pierwsza polega na wyznaczeniu obszarów takich jak: głowa, kończyny górne, które wynoszą po 9% oparzeń. Następnie zwraca się uwagę na kończyny dolne i przód oraz tył tułowia, które osiągają po 18%, z kolei krocze wynosi 1%. Druga reguła jest stosowana przy oparzeniach drobnych. Dotyczy oparzeń wynoszących 1% całego ciała. Porównuje się je do dłoni z wyprostowanymi palcami [16].

Postępowanie w przypadku oparzeń termicznych:

- Pod żadnym pozorem nie wolno zdejmować odzieży z miejsca oparzenia skóry,
- Oparzone miejsce chłodzimy letnią wodą przez około 15 minut,
- Po schłodzeniu oparzenia konieczne jest założenie sterylnego opatrunku,
- Należy pozbyć się z ciała osoby poszkodowanej wszelkiej biżuterii,
- Miejsca oparzenia nie smarujemy żadnymi kremami, maściami natłuszczającymi, ani nie stosujemy żadnych domowych sposobów,

Pierwsza pomoc w wybranych przypadkach

- Jeśli zauważymy u poszkodowanego bladą skórę czy zbyt szybko pulsujące tętno, może to oznaczać pojawienie się wstrząsu oparzeniowego. Należy ułożyć poszkodowanego na wznak, a następnie unieść kończyny dolne do góry oraz wezwać pogotowie ratunkowe.

Postępowanie w przypadku oparzeń chemicznych:

- Natychmiast należy zdjąć odzież osobie poszkodowanej,
- Schładzamy miejsce kontaktu skóry pod bieżącą letnią wodą przez co najmniej 15 min.,
- Ranę należy zabezpieczyć jałowym opatrunkiem,
- W przypadku kontaktu substancji chemicznej z przewodem pokarmowym, nie wolno prowokować wymiotów, w tym przypadku podajemy niegazowaną wodę do picia,
- Ze względu na silny ból można podać leki p/bólowe,
- Oparzenia kwasami neutralizujemy roztworem zasadowym,
- Gdy doszło do oparzeń chemicznych oka, należy przepłukać je pod letnią i bieżącą wodą oraz udać się do okulisty.

Postępowanie w przypadku oparzeń elektrycznych:

- Należy upewnić się, że źródło prądu zostało odłączone,
- Jeśli przepływ prądu nie został przerwany, wówczas poszkodowanego dotykamy za pośrednictwem izolatorów,
- Gdy chory nie oddycha, podejmujemy się resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
- Koniecznie należy wezwać pomoc medyczną [17].

RANY

Rana jest przerwaniem ciągłości skóry, skóry wraz z tkankami, a nawet narządów, w skutek ciężkiego urazu. Możemy wyróżnić kilka rodzajów ran w zależności od przyczyny urazu oraz od czasu gojenia się rany.

Podział ran ze względu na długość procesu gojenia:

- **Ostre-** są to rany, których proces gojenia trwa do 8 tygodni,
- **Przewlekłe-** są to rany, których proces gojenia trwa powyżej 8 tygodni. Zaliczamy do nich np. owrzodzenia żyłne, tętnicze, stopę cukrzycową, odleżyny.

Podział ran ze względu na przyczynę urazu:

- **Rana cięta-** jest to rana powstała wskutek skaleczenia ostrym przedmiotem, np. nożem, nożyczkami, żyłtką. Posiada kształt szczelinowaty.

Pierwsza pomoc w wybranych przypadkach

- **Rana kluta-** jest to rana podobnie jak cięta, spowodowana urazem za pomocą przedmiotu zakończonych ostrzem.
- **Rana tłuczona-** powstaje podczas uderzenia tępym narzędziem. Posiada nierówne brzegi oraz zawsze powoduje obrzęk tkanek, czasami nawet złamanie kości.
- **Rana miażdżona-** również powoduje obrażenia tkanek, jednakże większe niż przy ranie tłuczonej. Towarzyszą jej złamania kości.
- **Rana rąbana-** jest to rana powstała poprzez uraz ciężkim i zarazem ostrym narzędziem, np. siekierą. Są to rany głębokie.
- **Rana szarpana-** powstała w wyniku urazu przedmiotem ostrym o niesymetrycznych krawędziach, np. piłą tarczową. Tego typu rany posiadają nierówne i poszarpane brzegi.
- **Rana postrzałowa-** spowodowana pociskiem z broni palnej. Składa się z rany wlotowej, czasem również wylotowej.
- **Rana kąsana-** spowodowana ugryzieniem przez człowieka lub zwierzę, np. psa. Rana ta charakteryzuje się słabym gojeniem [18].

Rany również możemy podzielić pod względem czystości rany. Wyróżniamy wtedy rany:

- **Czyste-** są to rany przeprowadzone podczas zachowania czystej procedury, np. operacje.
- **Skazone-** przykładem może być rana urazowa oraz pooperacyjna.
- **Zakażone-** wywołujące stan zapalny, objawiające się: zaczerwienieniem, ociepleniem skóry, wydzieliną ropną, podwyższoną temperaturą ciała [18].

Postępowanie w wyniku ran przebiega następująco:

- Jeśli rana uległa drobnemu skaleczeniu, można ją opłukać pod letnią bieżącą wodą.
- Gdy zauważymy, że rana mocno krwawi, to należy ją zatamować poprzez opatrunek uciskowy.
- Gdy rana mocno nie krwawi, to zabezpieczamy ją sterylnym opatrunkiem.
- Na ranę głęboką nie należy stosować żadnych środków na bazie alkoholu.
- Gdy zauważymy w ciele wbite, wystające ciało obce, to nie usuwamy go, tylko zabezpieczamy ranę opatrunkiem stabilizującym. Należy tuż obok ciała obcego umieścić zwinięte 2 rolki bandażu, a następnie owinąć je wraz z ciałem obcym kilkoma warstwami bandażu, w celu lepszego usztywnienia przedmiotu [18].

KRWOTOKI

O krwotokach mówimy, gdy następuje utrata krwi 1,5 ml/kg mc./min w czasie 20 minut lub 150ml/kg mc./min w czasie 60 minut. Krwotoki są określane jako nagła utrata krwi spowodowana przez jej wypływ poza naczynie krwionośne. Dotyczy naczyń tętniczych lub żylnych. Krwotok wynikający z naczyń tętniczych jest szczególnie niebezpieczny, gdyż charakteryzuje się silnym wypływem krwi spowodowanym przez wzrost ciśnienia w tętnicach. Krew w tętnicach jest koloru żywoczerwonego ze względu na dostarczany tlen. Tego typu krwotoki są trudne do zatamowania, dlatego wymagają specjalistycznej pomocy ze strony zespołu medycznego. Krwotoki żyłne są mniej intensywne od tętniczych, jednakże również niebezpieczne. Krew w żyłach przybiera kolor ciemnoczerwony w wyniku dwutlenku węgla [9, 19].

Krwotoki zewnętrzne są wtedy, gdy krew wydobywa się z rany na zewnątrz, co jest widoczne dla oka. Charakterystyczne są przy tym: bladość skóry, zimny pot, przyspieszona praca serca, a przy bardziej intensywnych krwotokach występuje wstrząs krwotoczny, który jest konsekwencją niedotlenienia oraz rozwoju kwasicy. Krwotoki zewnętrzne wymagają natychmiastowej pomocy w celu zatamowania krwawienia poprzez ucisk miejsca rany. W tej sytuacji należy zacisnąć ranę czystym kompresem oraz bandażem uciskowym. Natomiast, gdy zauważymy nasiąknięty opatrunek krwią, to pod żadnym pozorem nie usuwamy go w celu nałożenia nowego. Należy bezpośrednio na nasiąknięty opatrunek nałożyć kolejną warstwę opatrunku i ponownie ucisnąć. Warto zadbać o to, aby np. dana kończyna, na której znajduje się rana krwotoczna, położona była powyżej linii serca. W przypadku braku poprawy należy zastosować opaskę uciskową. Opaska uciskowa składa się z długości pozwalającej na podwójne owinięcie. Należy pamiętać, że wiążemy ją powyżej krwotoku. Czekając na pomoc, obserwujemy stan chorego oraz sprawdzamy jego ciepłotę ciała, by zapobiec hipotermii [19].

Krwotoki wewnętrzne występują wtedy, gdy następuje wylew krwi bezpośrednio do wewnątrz ciała, dlatego też nie są one widoczne, a przy tym trudne do rozpoznania. Charakterystycznymi objawami są krwiste lub fusowate wymioty, krew w stolcu lub smolisty stolec, bladość skóry, zawroty głowy czy przyspieszone lub słabo wyczuwalne tętno. W tego typu krwotokach istnieje ryzyko wykonania RKO oraz należy pilnie wezwać pomoc [9, 19].

ZŁAMANIA

Złamanie to uszkodzenie kości, które może być spowodowane czynnikami takimi jak: uraz mechaniczny, przeciążenie, niektóre choroby, np. osteoporoza. Najczęściej dochodzi do złamań w wyniku wypadku komunikacyjnego, z kolei u osób starszych z powodu osteoporozy. Na

podstawie danych GUS, w Polsce, z powodu urazów, rocznie umiera 300 tysięcy ludzi, z czego 6 tysięcy osób ginie w wypadkach komunikacyjnych.

Złamania możemy podzielić na:

- **Zamknięte**- są to złamania, które nie powodują uszkodzenia skóry nad złamaniem kostnym.
- **Otwarte**- są to złamania, które powodują naruszenie struktur kostnych, a także przerwanie ciągłości skóry nad złamaniem.
- **Z przemieszczeniem**- gdy odłamy kostne przemieszczają się względem siebie.
- **Bez przemieszczenia**- gdy odłamy kostne nie przemieszczają się [18].

Postępowanie w przypadku złamań:

- Ocena stanu poszkodowanego,
- Zapobieganie niedokrwieniu kończyny, w tej sytuacji należy zdjąć obuwie osobie poszkodowanej oraz biżuterię,
- Istotnym punktem w złamaniach kości jest unieruchomienie dwóch sąsiadujących ze sobą stawów, natomiast w przypadku złamań w okolicach stawu należy unieruchomić ten staw oraz sąsiadujące z nim kości,
- W celu unieruchomienia można posłużyć się trójkątną chustą lub odzieżą,
- Przy złamaniu kości udowej, unieruchamiamy ją od miejsca kości biodrowej do stawu skokowego, a w przypadku podudzia, od stawu skokowego aż do pięty,
- W złamaniu otwartym, pierwszym krokiem jest opatrzenie rany, a następnie należy przystąpić do unieruchomienia miejsca złamania,
- Można zastosować okłady z lodu, aby zapobiec obrzękowi
- Zakazane jest samodzielne nastawianie złamanej kończyny
- Należy wezwać pomoc medyczną [18].

NAPAD PADACZKOWY

Padaczka jest chorobą neurologiczną, która charakteryzuje się pojawieniem wyładowań wywołanych przez nieprawidłowe działanie neuronów znajdujących się w mózgu. ILAE określa ją na podstawie występowania co najmniej 2 napadów w ciągu doby. W większości przypadków zarówno u osób dorosłych, jak i u dzieci, dotyczy napadów ogniskowych. Rzadko mamy do czynienia z napadami uogólnionymi. Zachorowalność jest znacznie większa u osób starszych płci męskiej niż żeńskiej [20].

Klasyfikacja napadów padaczkowych:

- **Ogniskowe (częściowe)** - dotyczą napadów w obrębie jednej półkuli i tylko w jednym miejscu mózgowia. Typowymi objawami są: zaburzenia wzrokowe, węchowe, równowagi,, zaburzenia poznawcze oraz niepamięć. Charakterystyczne jest występowanie drgawek po jednej stronie ciała lub pojedynczej kończyny. Przyczyną tych napadów może być:
 - neuroinfekcja,
 - leczenie operacyjne epilepsji,
 - przebyty stan padaczkowy drgawkowy,
 - zły dobór leków przeciwpadaczkowych.
- **Uogólnione** - rozpoczynają się określonym miejscem i dotyczą obu półkul mózgu. Do objawów możemy zaliczyć np.: zaburzenia świadomości z towarzyszącym ruchem głowy, rąk, oczu.

Napad padaczkowy może występować pod postacią napadów toniczno-klonicznych, klonicznych, tonicznych, mioklonicznych [20, 21].

Postępowanie w stanie padaczkowym:

- Warto zapewnić bezpieczeństwo osoby z napadem, aby zapobiec urazom. Podkładamy pod głowę poduszkę.
- Pod żadnym pozorem nie wolno wkładać jakichkolwiek przedmiotów do ust osoby poszkodowanej. Zapewniamy drożność dróg oddechowych. Wyjmujemy sztuczną szczękę.
- Nie wolno powstrzymywać chorego od drgawek.
- Należy rozluźnić ubranie.
- Po ustąpieniu drgawek, ułożyć poszkodowanego w pozycji bezpiecznej bocznej.
- Należy wezwać pomoc medyczną, gdy atak utrzymuje się powyżej 5 minut lub nawraca, a także w przypadku braku odzyskania przytomności, świadomości i oddechu. Pomoc wzywamy również w przypadku napadu u kobiet ciężarnych oraz cukrzyków [21].

PODSUMOWANIE

Nagle zagrożenie zdrowia, wymaga podjęcia odpowiednich czynności ratujących życie osoby poszkodowanej. Pierwsza pomoc stanowi istotną rolę w ludzkości, gdyż może uratować komuś życie, a każdy człowiek będący świadkiem zdarzenia, ma obowiązek udzielenia pomocy do momentu przybycia służb medycznych.

Wypadki i urazy zdarzają się dosyć często i to nie tylko na drodze, ale również w domowym zaciszu. Niestety nie zawsze potrafimy na nie prawidłowo zareagować i pomóc osobie poszkodowanej. Często również obawiamy się, że zamiast pomóc, możemy po prostu zaszkodzić. Dlatego też każdy z nas powinien poznać chociażby podstawy pierwszej pomocy, aby nie bać się działać, gdy wymaga tego sytuacja.

PIŚMIENNICTWO

1. Kolman J., Ślęzak D., Żuratyński P., Krzyżanowska K., Kalis P.: Szkoła Główna Służby Pożarniczej 2016; 60(4):168-180.
2. Art. 162. Kodeksu Karnego. Ustawa z dn. 6 czerwiec 1997 r. Przepiępstwo nieudzielenia pomocy. (Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553 z dn. 6 czerwca 1997r.).
3. Perkins G., Handley A. J., Koster R.W. i wsp.: Podstawowe Zabiegi Resuscytacyjne u osób dorosłych oraz automatyczna defibrylacja zewnętrzna. Wytyczne resuscytacji 2015; 2: 104-121.
4. Dziedzic A.: Praca na wysokości: upadek-skutki-pierwsza pomoc, cz.II. Promotor 2016; 5: 16-19.
5. Cebula G., Jankowski M.: Część V: Postępowanie w zatrzymaniu krążenia w okresie okołoperacyjnym, po zabiegach kardiochirurgicznych, w pracowni kardiologii inwazyjnej, podczas hemodializy i w gabinecie stomatologicznym. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa według wytycznych European Resuscitation Council 2015. Medycyna Praktyczna 2016; 3: 38-48.
6. Ciećkiewicz J., Cebula G.: Ogólne zasady udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach. Interia Szczeklika 2017/18: 1380-1382.
7. Kwiatóń M.: Zadzławienie u dorosłego. Medycyna Praktyczna dla pacjentów. https://www.mp.pl/pacjent/pierwsza_pomoc/201735,zadlawienie-u-doroslego
Opublikowano 07.01.2019.

8. Kwiaton M.: Poszkodowany nieprzytomny-nie odpowiada. Pierwsza Pomoc. Medycyna Praktyczna dla pacjentów. https://www.mp.pl/pacjent/pierwsza_pomoc/201763,poszkodowany-nieprzytomny Opublikowano 18.01.2019.
9. Sala T.: Edukacja w zakresie pierwszej pomocy uczniów szkół gimnazjalnych, analiza na przykładzie wybranych szkół w Gminie Kalwaria Zebrzydowska. Repozytorium Instytucjonalne Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego 2016: 1-17.
10. Żuratyński P.: Analiza wykorzystania publicznych Automatycznych defibrylatorów zewnętrznych w Polsce. Polska Platforma Medyczna, Gdańsk 2020: 3-89.
11. Goniewicz M.: Użycie automatycznego defibrylatora zewnętrznego u dorosłych. Pierwsza Pomoc. Podręcznik dla studentów. PZWL, Warszawa 2022.
12. <https://sklep.centrumratownictwa.com/pl/p/Defibrylator-AED-LifePak-CR2-USB-polautomatyczny-/305> dostęp 13.03.2023.
13. Karwan K.: Postępowanie w przypadku zadławienia. Stany Nagłe po Dyplomie 2020; 1: 7-11.
14. Nadolny K., Ładny J.R.: Zadławienie co wiemy na ten temat? Czy mamy nowe rozwiązania? Na Ratunek 2019; 4: 38-40.
15. Dzieszowska G., Jankowiak B.: Opieka nad pacjentem z oparzeniami III stopnia. Holistyczny wymiar wobec osób z chorobami skóry i błon śluzowych, Białystok 2022: 191-205.
16. Chomonic M.: Ratownictwo Medyczne w Krajowym Systemie Ratowniczo-Gaśniczym. Część III. Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza 2013; 31(3): 135-144.
17. Krajewska-Kułak E., Cybulski M.: Aktualne wyzwania Ratownictwa Medycznego. Białystok 2017: 101-127.
18. Noszczyk W.: Chirurgia Repetytorium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
19. Brzozowski T., Machała W., Guła P. i wsp.: Ostra utrata krwi- co możemy zrobić w warunkach przedszpitalnych? Doświadczenia pola walki. Konferencja Damage Control Surgery. Lekarz Wojskowy 2014; 3: 248-254.
20. Falco-Walter J. J., Scheffer I. E., Fisher R. S.: The New Definition and Classification of Seizures and Epilepsy. Epilepsy Research 2018; 139: 73-79.
21. Skrzos K.: Pierwsza pomoc w przypadku napadu drgawek. Promotor 2018; 3: 17-19.

Poziom wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

Angelika Adrianna Guzowska¹, Krystyna Klimaszewska²

1. NZOZ Poradnia Lekarzy Rodzinnych Mariola Jadwiga Aleksandrowicz, Białystok
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Stan nagłego zagrożenia zdrowia może przejawiać się w sposób pogorszenia funkcjonowania organizmu czy poważnego uszkodzenia ciała, a nawet utraty życia. Wymaga to podjęcia odpowiednich czynności medycznych ratujących życie [1]. Udzielanie pierwszej pomocy przedmedycznej stanowi jedną z najważniejszych czynności ratujących życie drugiego człowieka. Każdy człowiek ma obowiązek udzielenia pomocy do momentu przybycia służb medycznych. Natychmiastowe podjęcie czynności ratujących życie osoby poszkodowanej zwiększa szanse uratowania jego życia oraz zdrowia. Istotne znaczenie ma posiadanie podstawowej wiedzy o udzielaniu pierwszej pomocy oraz umiejętności w wykonywaniu podstawowych czynności ratujących życie. Umiejętność ta, może być kluczowa nie tylko podczas wypadków komunikacyjnych, ale również przy sytuacjach awaryjnych, takich jak zakrztuszenie czy oparzenie [1].

Udzielenie pierwszej pomocy przedmedycznej jest istotną czynnością w ratowaniu zdrowia i życia ludzkiego. Pomoc ta nie opiera się wyłącznie w sytuacji wypadków komunikacyjnych, ale także np. w wypadkach w miejscach pracy, podczas urazu czy nagłego ataku choroby. Każdy człowiek powinien znać podstawowe czynności przedmedyczne, gdyż w taki sposób istnieje możliwość utrzymania przy życiu drugiej osoby, dlatego istotne znaczenie ma prowadzenie edukacji wśród społeczeństwa, dotyczącej zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, bez względu na płeć czy wiek.

CEL PRACY

Ocena wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy.

Cele szczegółowe:

1. Analiza znajomości zasad dotyczących udzielania pierwszej pomocy.

2. Zbadanie wpływu płci, wykształcenia i miejsca zamieszkania na poziom wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy.

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w terminie od 5 stycznia do 31 marca 2023 roku po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej (nr zgody APK.002.493.2022). W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz własnoręcznie skonstruowany kwestionariusz ankiety, który składa się z 24 pytań.

Ankieta została przeprowadzona drogą elektroniczną. Przed przeprowadzeniem badania, respondenci zapoznali się z anonimowością i dobrowolnością ankiety oraz możliwością odmówienia w jej uczestnictwie na każdym etapie. Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej za pomocą programów: Microsoft Office Excel, Statistica. Do określenia zależności pomiędzy poszczególnymi grupami i odpowiedziami użyto testu Niezależności Chi-kwadrat. Przyjęto $p < 0,05$ za istotnie statystyczne zależności.

WYNIKI

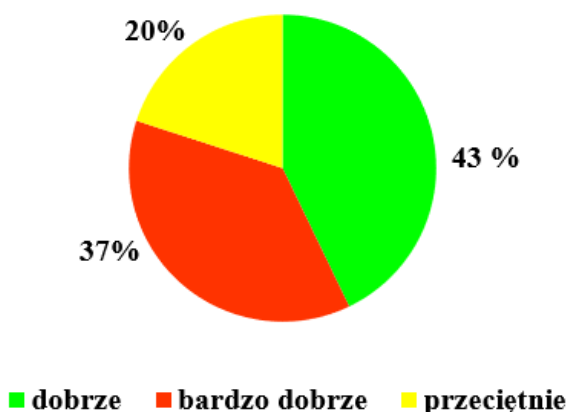
W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 140 osób, w tym 85 kobiet i 55 mężczyzn pochodzących z województwa podlaskiego. Odpowiedzieli oni na 24 pytania, dotyczące zasad z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

Na podstawie uzyskanych wyników, można stwierdzić, że w badaniu wzięło udział więcej kobiet niż mężczyzn. Kobiety stanowiły 61%, zaś mężczyźni 39%. Najwięcej ankietowanych posiadało wykształcenie wyższe (66%), znacznie mniej wykształcenie średnie (20%), z kolei najmniejszy odsetek dotyczył osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym (12%) oraz gimnazjalnym (2%).

Najwięcej respondentów zamieszkiwało miasta powyżej 100 tysięcy mieszkańców (68%). Znacznie mniej osób zamieszkiwało wsie (19%) ankietowanych oraz miasta poniżej 100 tysięcy mieszkańców (13%) ankietowanych. Ponad połowa osób biorących udział w badaniu posiadała wykształcenie medyczne (52%), podobnie (48%) badanych zupełnie nie miało związku z medycyną.

Z przeprowadzonych badań wynika, że większość respondentów (43%) oceniło swoją wiedzę dotyczącą udzielania pierwszej pomocy jako dobrze. Prawie tyle samo osób (37%) oceniło ją jako bardzo dobrą. Z kolei 20% badanych uważa, że posiada przeciętną wiedzę na temat udzielania pierwszej pomocy (Rycina 1).

Jak ocenia Pan/i swoją wiedzę dotyczącą udzielania pierwszej pomocy?



Rycina 1. Wiedza z udzielania pierwszej pomocy

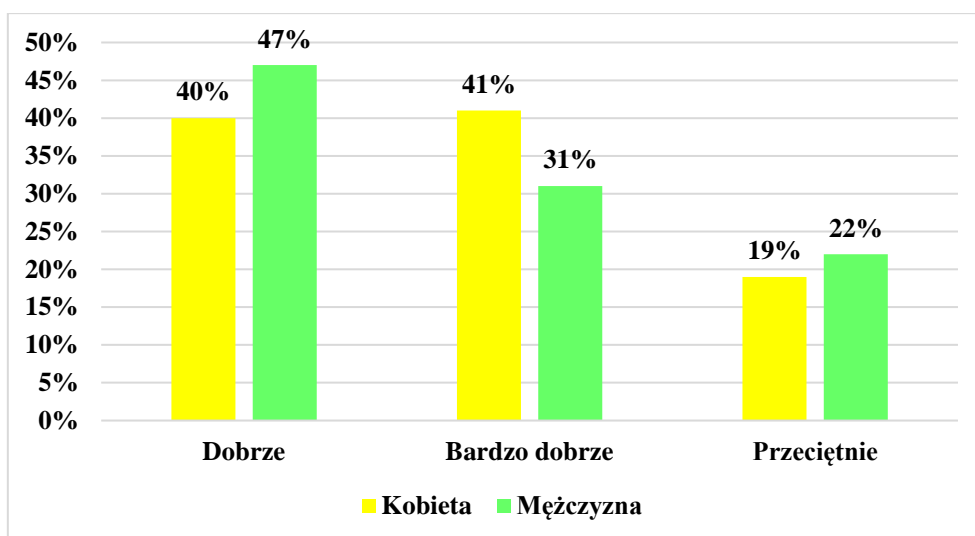
Przeprowadzona analiza statystyczna pomiędzy oceną wiedzy ankietowanych dotyczącej udzielania pierwszej pomocy a płcią nie wykazała istotności statystycznej (Chi-kwadrat= 1,509612, p= 0,47010) - Tabela 1.

Tabela 1. Ocena wiedzy dotyczącej udzielania pierwszej pomocy a płeć ankietowanych

Odpowiedź	Płeć ankietowanych				Chi-kwadrat	p
	Kobieta		Mężczyzna			
	N	%	N	%		
Dobrze	34	40%	26	47%	1,509612	0,47010
Bardzo dobrze	35	41%	17	31%		
Przeciętnie	16	19%	12	22%		
RAZEM	85	100%	55	100%		

Z danych przedstawionych na Rycinie 2 możemy zauważyć, że więcej kobiet (41%) niż mężczyzn (31%) oceniło swoją wiedzę dotyczącą udzielania pierwszej pomocy jako bardzo dobrze. Podobny procent kobiet (40%) oceniło swoją wiedzę na dobrą. U mężczyzn, najczęściej uzyskano odpowiedzi z oceną dobrą (47%). Zarówno u Pań jak i u Panów przeciętna wiedza występowała u około 1/5 głosów.

Poziom wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy



Rycina 2. Ocena wiedzy dotyczącej udzielania pierwszej pomocy a płeć ankietowanych

Wykonana analiza statystyczna pomiędzy własną oceną wiedzy dotyczącej udzielania pierwszej pomocy a wykształceniem wykazała istotność statystyczną (Chi-kwadrat= 43,73183, $p=0,00000$). Dane zostały umieszczone w Tabeli 2.

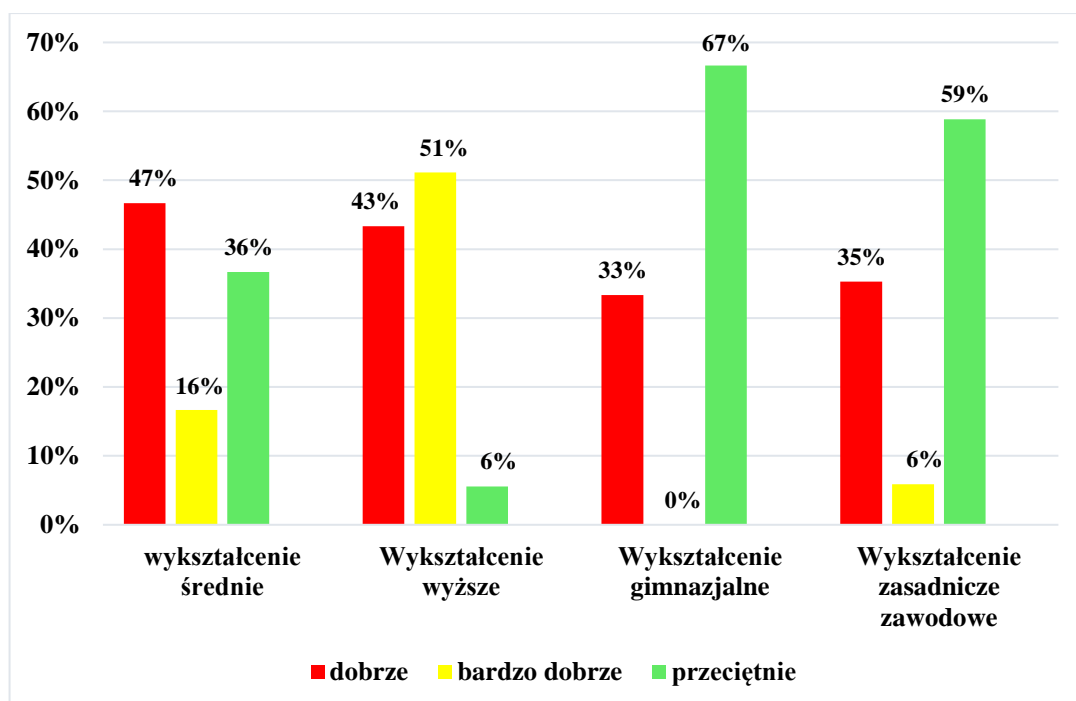
Tabela 2. Ocena wiedzy dotyczącej udzielania pierwszej pomocy a wykształcenie ankietowanych

Odpowiedź	Wykształcenie zasadnicze zawodowe		Wykształcenie gimnazjalne		Wykształcenie średnie		Wykształcenie wyższe		Chi-kwadrat	P
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Dobrze	6	35%	1	33%	14	47%	39	43%	43,73183	0,00000
Bardzo dobrze	1	6%	0	0%	5	17%	46	51%		
Przeciętnie	10	59%	2	67%	11	36%	5	6%		
RAZEM	17	100%	3	100%	30	100%	90	100%		

Analizując kwestionariusz, możemy stwierdzić, że nieco ponad połowa ankietowanych mająca wykształcenie wyższe oceniła swoją wiedzę dotyczącą udzielania pierwszej pomocy jako bardzo dobrze (51%). W tej grupie wykształcenia 43% ankietowanych uważa, że posiada dobrą wiedzę z zakresu udzielania pierwszej pomocy, znacznie mniej, bo 6% badanych,

Poziom wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

zaznaczyło, że wiedza jest na poziomie przeciętnym. W przypadku wykształcenia średniego zdecydowanie większa część osób oceniała swoją wiedzę jako dobrą (47%), nieco mniej osób jako przeciętną (36%), natomiast zaledwie 17% badanych uważa, że posiada bardzo dobrą wiedzę z udzielania pierwszej pomocy. W przypadku wykształcenia gimnazjalnego wiedza występuje na poziomie przeciętnym (67%) oraz dobrym (33%). W wykształceniu zasadniczym zawodowym ponad połowa badanych (59%) posiada przeciętną wiedzę dotyczącą udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Mniej ankietowanych (35%) zaznaczyło odpowiedź przeciętnie. Dane zostały przedstawione na Rycinie 3.



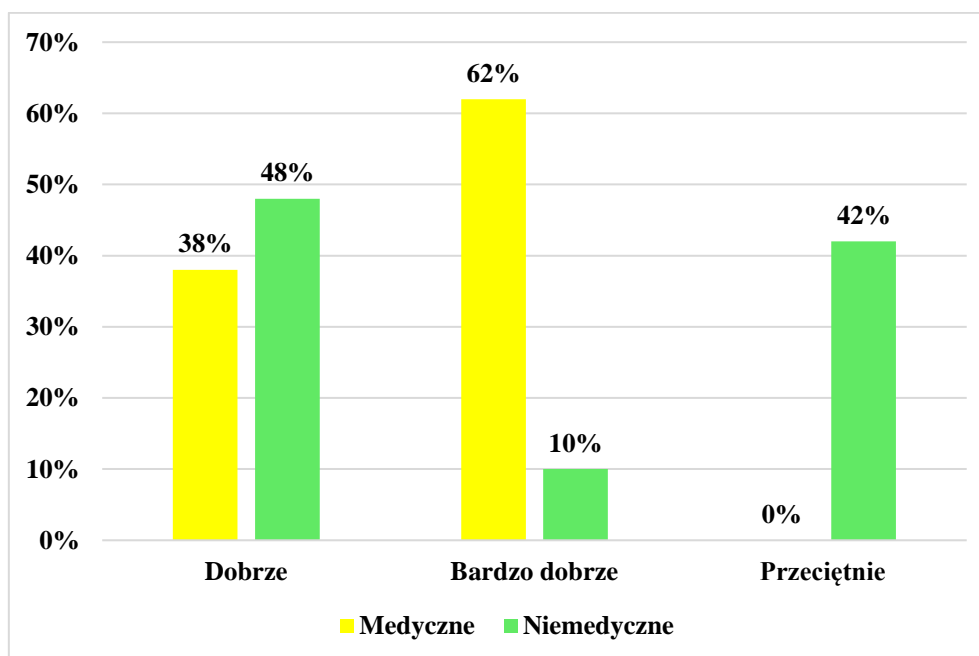
Rycina 3. Ocena wiedzy dotyczącej udzielania pierwszej pomocy a wykształcenie ankietowanych

Przeprowadzona analiza statystyczna pomiędzy oceną wiedzy ankietowanych dotyczącą udzielania pierwszej pomocy a rodzajem wykształcenia wykazuje istotność statystyczną (Chi- kwadrat= 55,88139, $p=0,00000$), co przedstawia Tabela 3.

Tabela 3. Ocena wiedzy dotyczącej udzielania pierwszej pomocy a rodzaj wykształcenia ankietowanych

Odpowiedź	Rodzaj wykształcenia				Chi-kwadrat	P
	Medyczne		Niemedyczne			
	N	%	N	%		
Dobrze	28	38%	32	48%	55,88139	0,00000
Bardzo dobrze	45	62%	7	10%		
Przeciętnie	0	0%	28	42%		
RAZEM	73	100%	67	100%		

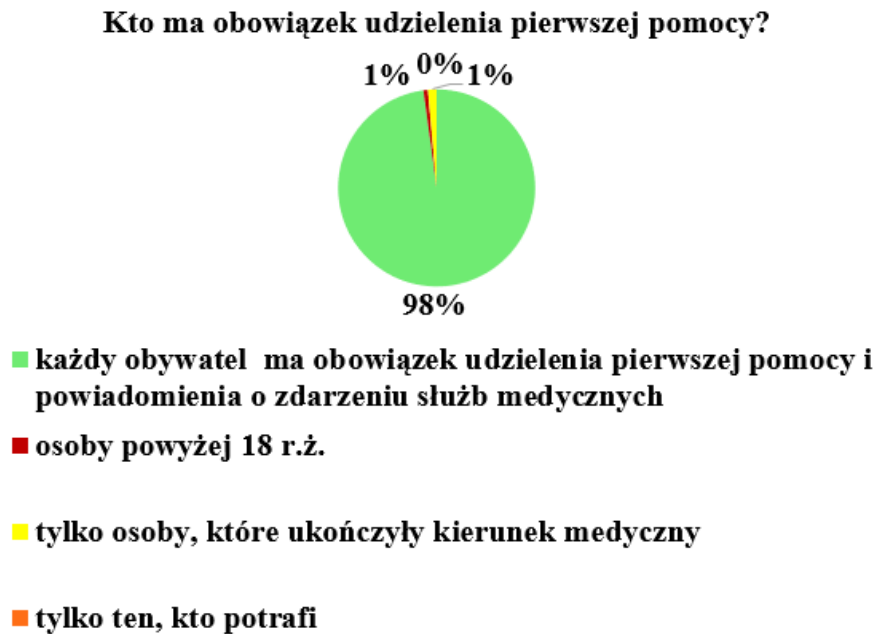
Według danych, najwięcej osób z wykształceniem medycznym oceniło swoją wiedzę z zakresu udzielania pierwszej pomocy jako bardzo dobrze (62%), z kolei u respondentów niepowiązanych z dziedziną medycyny najwięcej oceniło swoją wiedzę jako dobrze (48%). W przypadku osób związanych z medycyną, wiedza również określona była jako dobra (38%). Jako przeciętną wiedzę ocenili jedynie ankietowani niemedyczni (42%) - Rycina 4.



Rycina 4. Ocena wiedzy respondentów dotycząca udzielania pierwszej pomocy a rodzaj wykształcenia ankietowanych

Poziom wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

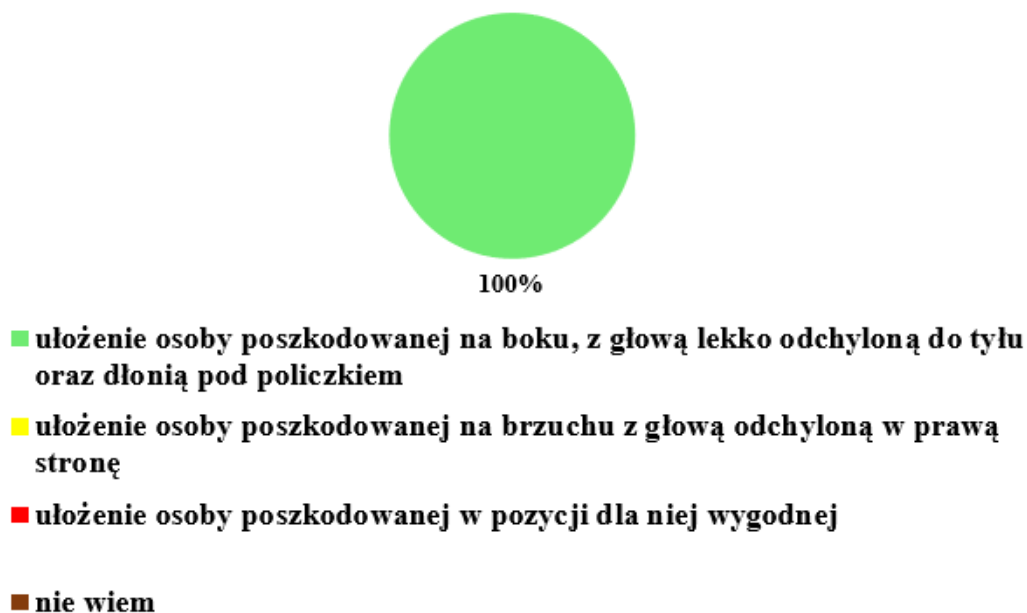
Zapytano respondentów, kto ma obowiązek udzielenia pierwszej pomocy. Wyniki zostały przedstawione na Rycinie 5. Prawie wszyscy ankietowani znali odpowiedź, co stanowi 98%. Natomiast pojedyncze osoby (1%) zaznaczyły nieprawidłowe odpowiedzi, które wskazywały, że obowiązek udzielenia pierwszej pomocy mają wyłącznie osoby powyżej 18 r.ż. lub ukończyły kierunek medyczny.



Rycina 5. Prawny obowiązek udzielenia pierwszej pomocy

Kolejne pytanie dotyczyło wyglądu pozycji bezpiecznej bocznej. Bez żadnych wątpliwości wszyscy ankietowani (100%) zaznaczyli prawidłową odpowiedź, że należy ułożyć osobę poszkodowaną na boku, z głową lekko odchyloną do tyłu oraz dłonią pod policzkiem - Rycina 6.

Czy wie Pan/i jak wygląda pozycja bezpieczna?



Rycina 6. Pozycja bezpieczna boczna

Kolejne pytanie dotyczyło, w jakim celu stosuje się pozycję boczną bezpieczną. Zdecydowanie większość badanych zaznaczyła prawidłową odpowiedź (84%), że pozycję bezpieczną stosuje się w celu zmniejszenia ryzyka zachłyśnięcia. Pozostali badani (16%) uznali, że pozycję bezpieczną stosuje się w celu poprawy krążenia (Rycina 7).

Czy wie Pan/i w jakim celu stosowana jest pozycja bezpieczna?



Rycina 7. Cel stosowania pozycji bezpiecznej

Rycina 8 przedstawia, że większość ankietowanych wie, że oddech u osoby poszkodowanej należy sprawdzać przez 10 sekund. Pojedyncze osoby podały niepoprawną odpowiedź, że oddech sprawdza się przez 30 sekund (6%).

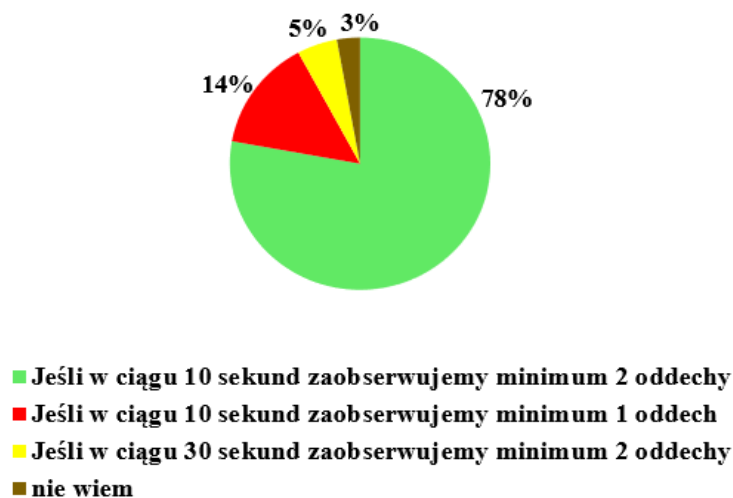
Czy wiek Pan/i jak długo należy sprawdzać oddech u osoby poszkodowanej?



Rycina 8. Sprawdzanie oddechu u osoby poszkodowanej

Z analizy Ryciny 9 wynika, że 78% respondentów wie, kiedy uznamy, że poszkodowany oddycha. Należy zaobserwować w 10 sekund minimum 2 prawidłowe oddechy. 14% uważa, że w sytuacji, gdy zauważymy minimum 1 oddech w ciągu 10 sekund. Pojedyncze przypadki uznały, że jeśli w ciągu 30 sekund zauważymy 2 oddechy u poszkodowanego. Jedynie 3% badanych nie miało pojęcia.

Czy wie Pan/i kiedy uznamy, że poszkodowany oddycha?



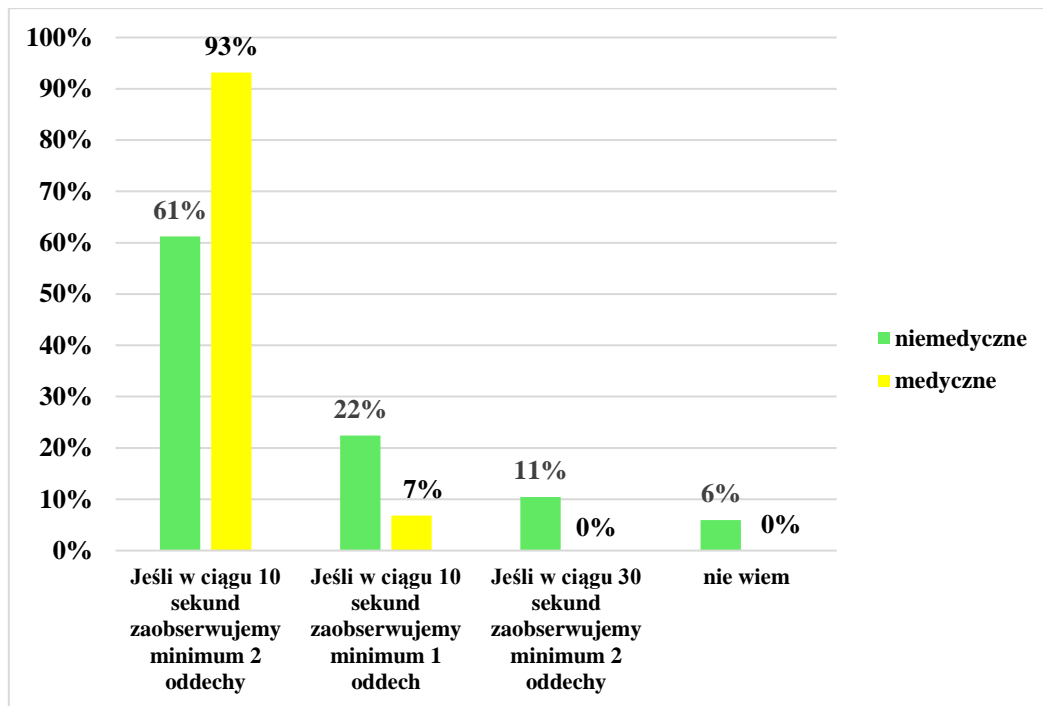
Rycina 9. Stwierdzenie oddechu u osoby poszkodowanej

W wyniku analizy statystycznej, stwierdzenie oddechu u osoby poszkodowanej pomiędzy rodzajem wykształcenia ankietowanych wykazuje istotność statystyczną (Chi-kwadrat=22,47221, p=0,00005) (Tabela 4).

Tabela 4. Stwierdzenie oddechu u osoby poszkodowanej, a rodzaj wykształcenia ankietowanych

Odpowiedź	Rodzaj wykształcenia				Chi-kwadrat	P
	niemedyczne		medyczne			
	N	%	N	%		
Jeśli w ciągu 10 s zaobserwujemy minimum 2 oddechy	41	61%	68	93%	22,47221	0,00005
Jeśli w ciągu 10 s zaobserwujemy minimum 1 oddech	15	22%	5	7%		
Jeśli w ciągu 30 s zaobserwujemy minimum 2 oddechy	7	11%	0	0%		
Nie wiem	4	6%	0	0%		
RAZEM	67	100%	73	100%		

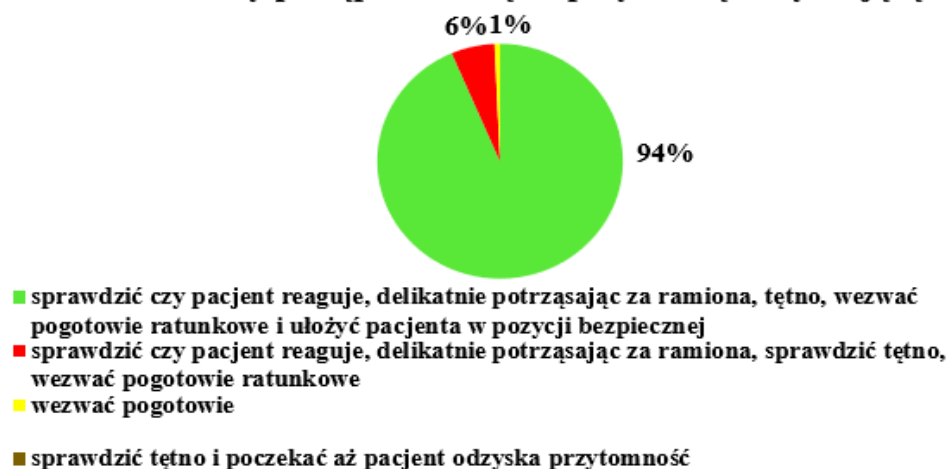
Poniższa Rycina 10 przedstawia, że 93% ankietowanych posiadających wykształcenie medyczne, wie jak stwierdzić, kiedy poszkodowany oddycha oraz ponad połowę ankietowanych (61%) bez wykształcenia medycznego. Rycina również pokazuje, że znalazły się osoby z wykształceniem medycznym (7%), które stwierdziły, że poznają osobę poszkodowaną po tym, że oddycha, po minimum 1 oddechu w ciągu 10 sekund. Tylko 6% badanych zupełnie nie wiedziało.



Rycina 10. Stwierdzenie oddechu u osoby poszkodowanej a rodzaj wykształcenia ankietowanych

Rycina 11 pokazuje, że 94% ankietowanych wie jak należy postąpić z osobą nieprzytomną oddychającą, sprawdzając czy pacjent reaguje, a następnie sprawdzić tętno, a na koniec ułożyć poszkodowanego w pozycji bezpiecznej bocznej i wezwać pomoc medyczną. Tylko 6% badanych uważa, że należy sprawdzić czy reaguje potrząsając za ramiona, sprawdzić tętno i wezwać pogotowie bez układania pacjenta w bezpiecznej pozycji. 1% uważa, że wystarczy wezwać jedynie pogotowie ratunkowe.

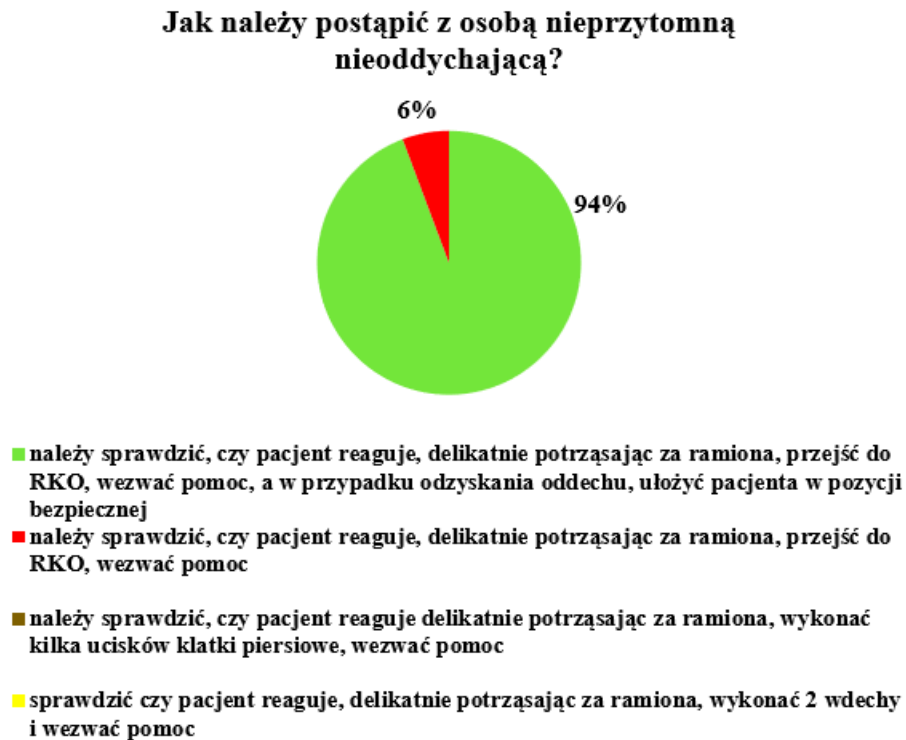
Jak należy postąpić z osobą nieprzytomną oddychającą?



Rycina 11. Postępowanie z osobą nieprzytomną oddychającą

Poziom wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

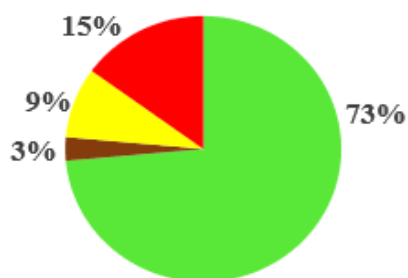
Zapytano ankietowanych, jak postąpiłoby z osobą nieprzytomną nieoddychającą. Większość badanych (94%) prawidłowo stwierdziło, że należy sprawdzić, czy osoba poszkodowana reaguje, wykonać RKO i wezwać natychmiast pomoc, a w przypadku, gdy odzyska oddech, należy ułożyć go w pozycji bezpiecznej. Nie wszyscy badani jednak tak odpowiedzieli. Pojedyncze osoby (6%) stwierdziły, że sprawdziłyby reakcję poszkodowanego, przeszłyby do RKO i wezwałyby pomoc (Rycina 12).



Rycina 12. Postępowanie z osobą nieprzytomną nieoddychającą

Z przeprowadzonych badań wynika, że aż 73% ankietowanych wie, jaka jest różnica pomiędzy reanimacją, a resuscytacją. Wśród ankietowanych były osoby, które uważały, że nie ma żadnej różnicy pomiędzy tymi dwoma pojęciami (9%). Natomiast 3% badanych podało błędną różnicę, a 15% badanych zupełnie nie wiedziało czym się różni reanimacja od resuscytacji (Rycina 13).

Jaka jest różnica pomiędzy resuscytacją a reanimacją?



- reanimacja to przywrócenie pracy serca, oddychania i świadomości, natomiast resuscytacja to przywrócenie pracy serca i oddechu bez świadomości
- reanimacja przywrócenie pracy serca, oddechu bez świadomości, natomiast resuscytacja to przywrócenie pracy serca, oddechu oraz świadomości
- nie ma żadnej różnicy

Rycina 13. Różnica pomiędzy reanimacją, a resuscytacją

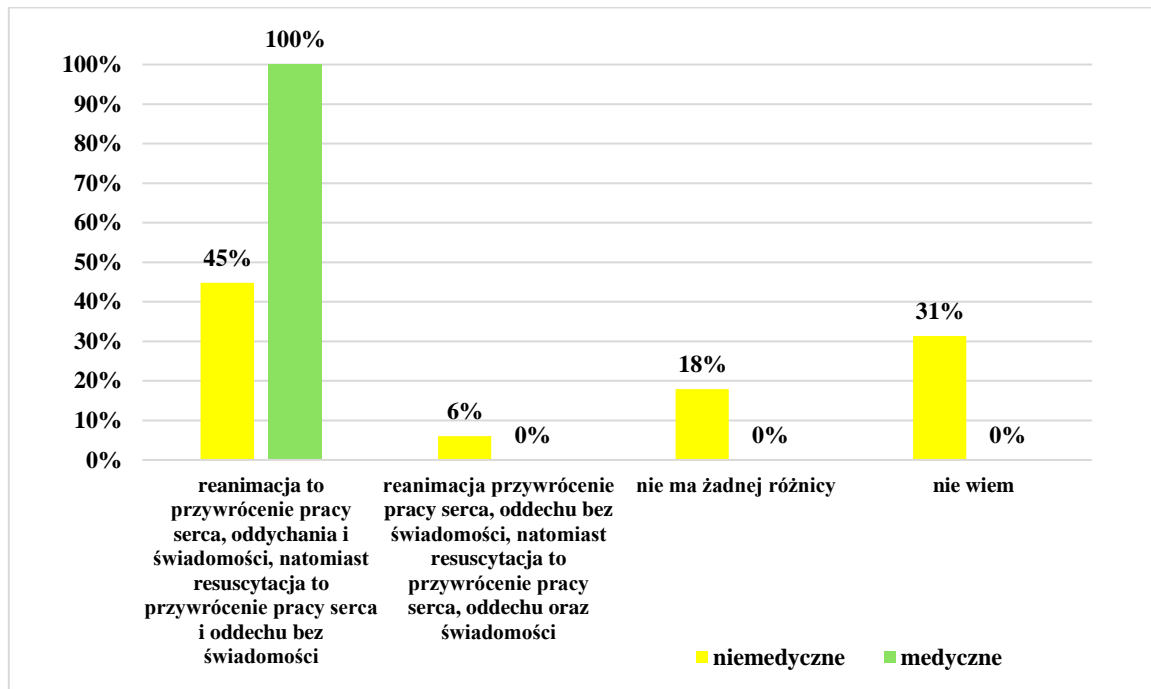
Dokonana analiza pomiędzy różnicą pojęć reanimacji i resuscytacji, a rodzajem wykształcenia wykazała istotność statystyczną (Chi-kwadrat= 54,79496, p=0,00000)- Tabela 5.

Tabela 5. Różnica pomiędzy reanimacją i resuscytacją, a rodzajem wykształcenia ankietowanych

Odpowiedź	Rodzaj wykształcenia				Chi-kwadrat	P
	niemedyczne		medyczne			
	N	%	N	%		
reanimacja to przywrócenie pracy serca, oddychania i świadomości, natomiast resuscytacja to przywrócenie pracy serca i oddechu bez świadomości	30	45%	73	100%	54,79496	0,00000
reanimacja przywrócenie pracy serca, oddechu bez świadomości, natomiast resuscytacja to przywrócenie pracy serca, oddechu oraz świadomości	4	6%	0	0%		
nie ma żadnej różnicy	12	18%	0	0%		
Nie wiem	21	31%	0	0%		
RAZEM	67	1	73	100%		

Poziom wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

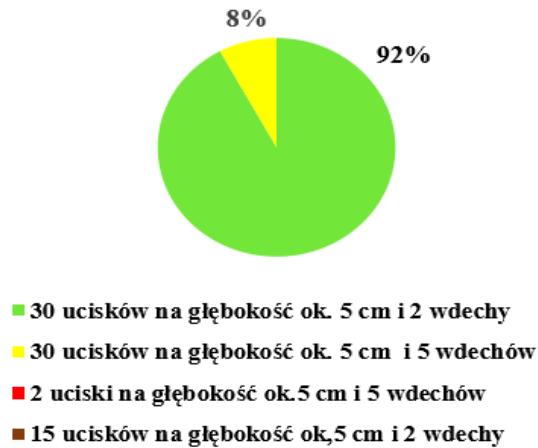
Wszyscy ankietowani z wykształceniem medycznym (100%) odpowiedzieli poprawnie, że reanimacja to przywrócenie pracy serca, oddychania oraz świadomości, a resuscytacja bez przywrócenia świadomości. Mniej niż połowa ankietowanych bez wykształcenia medycznego (45%) również zaznaczyło prawidłową odpowiedź. 6% badanych w tej grupie myślała inaczej, z kolei 31% zupełnie nie wiedziało jaka jest różnica pomiędzy dwoma pojęciami. Dane zostały przedstawione na Rycinie 14.



Rycina 14. Różnica pomiędzy reanimacją i resuscytacją a rodzajem wykształcenia ankietowanych

Prawie wszyscy ankietowani (92%) odpowiedzieli, że w przypadku wykonania RKO należy wykonać 30 ucisków klatki piersiowej na głębokość około 5 cm oraz 2 wdechy ratownicze. 8% badanych zaznaczyło inną odpowiedź, że należy wykonać 30 ucisków klatki piersiowej na głębokość około 5 cm oraz 5 wdechów ratowniczych, co zostało umieszczone na Rycinie 15.

**Podjmując się resuscytacji krążeniowo-
oddechowej (RKO) u osoby dorosłej, należy
wykonać:**



Rycina 15. Ilość oraz głębokość uciśnień klatki piersiowej i wykonywanych wdechów u osoby dorosłej

Na Rycinie 16 zostały przedstawione dane dotyczące wykonywania RKO u małych dzieci. Dane przedstawiają się następująco: zdecydowanie większa część ankietowanych (77%) wie jaki jest stosunek uciśnień klatki piersiowej do wdechów. Pozostali zaznaczyli niewłaściwe odpowiedzi.

**Podjmując się resuscytacji krążeniowo-oddechowej
(RKO) u dzieci, należy wykonać:**



Rycina 16. Ilość oraz głębokość uciśnień klatki piersiowej i wykonywanych wdechów u dzieci

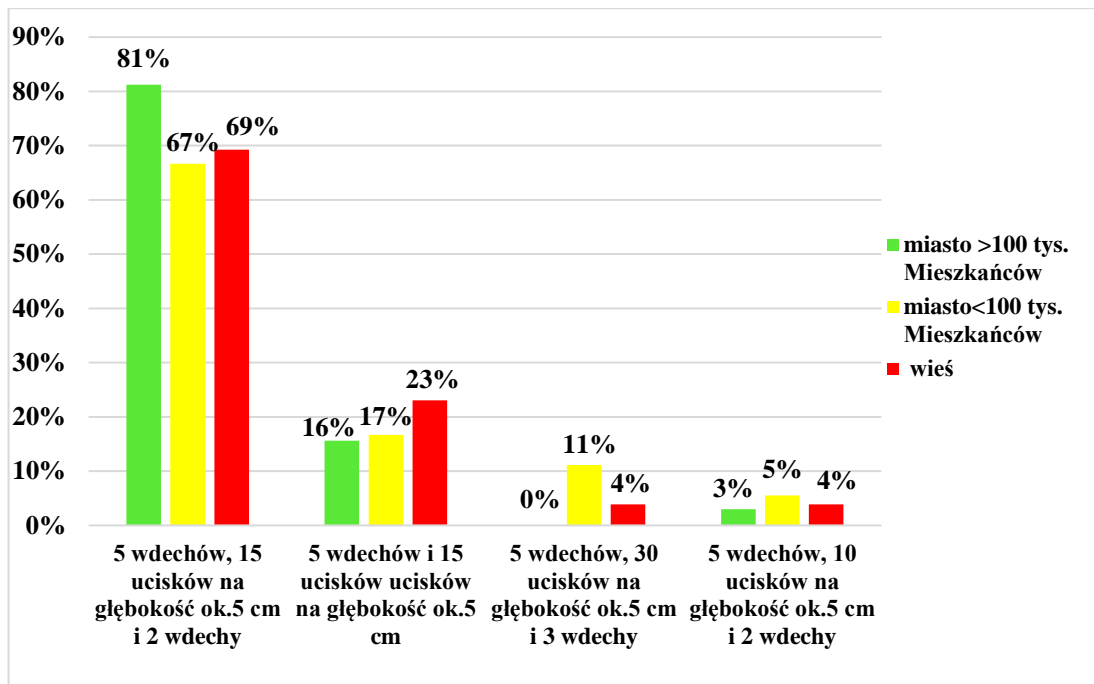
Przeprowadzono analizę statystyczną, która nie wykazuje istotności statystycznej ilości uciśnień klatki piersiowej i wykonywanych wdechów u dzieci, a miejscem zamieszkania respondentów (Chi-kwadrat= 10,76518, p=0,09591). Tabela 6.

Tabela 6. Ilość oraz głębokość uciśnień klatki piersiowej i wykonywanych wdechów u dzieci a miejsce zamieszkania ankietowanych

Odpowiedź	Miejsce zamieszkania ankietowanych						Chi-kwadrat	P
	Miasto>100 tys. mieszkańców		Miasto<100 tys. mieszkańców		Wieś			
	N	%	N	%	N	%		
5 wdechów, 15 ucisków na głębokość ok. 5cm i 2 wdechy	78	81%	12	67%	18	69%	10,76518	0,09591
5 wdechów i 15 ucisków na głębokość ok.5 cm	15	16%	3	17%	6	23%		
5 wdechów, 30 ucisków na głębokość ok.5 cm i 3 wdechy	0	0%	2	11%	1	4%		
5 wdechów, 10 ucisków na głębokość ok.5 cm i 2 wdechy	3	3%	1	5%	1	4%		
RAZEM	96	100%	18	100%	26	100%		

81% ankietowanych zamieszkałych miasta powyżej 100 tys. ludności ma świadomość jak wygląda RKO u dzieci. W mniejszych miastach tę świadomość miało 67% badanych, a o kilka procent więcej było u osób zamieszkujących wieś (69%).

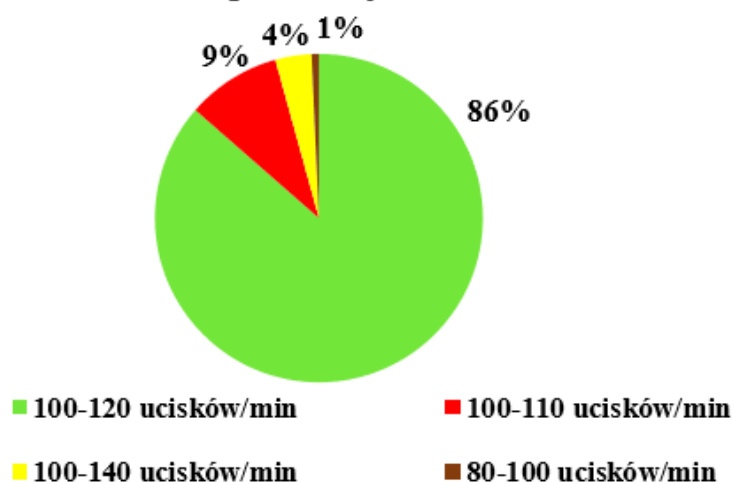
Zostało to przedstawione na Rycinie 17 w postaci wykresu.



Rycina 17. Ilość oraz głębokość uciśnień klatki piersiowej i wykonywanych wdechów u dzieci a miejsce zamieszkania ankietowanych

Kolejne pytanie dotyczyło ankietowanych, czy wiedzą z jaką częstotliwością uciskamy klatkę piersiową. Większość ankietowanych (86%) znało odpowiedź na to pytanie, że klatkę piersiową uciskamy z częstotliwością 100-120 uciśnień//min. Wyniki przedstawia Rycina 18.

Czy wie Pan/i z jaką częstotliwością uciskamy klatkę piersiową?



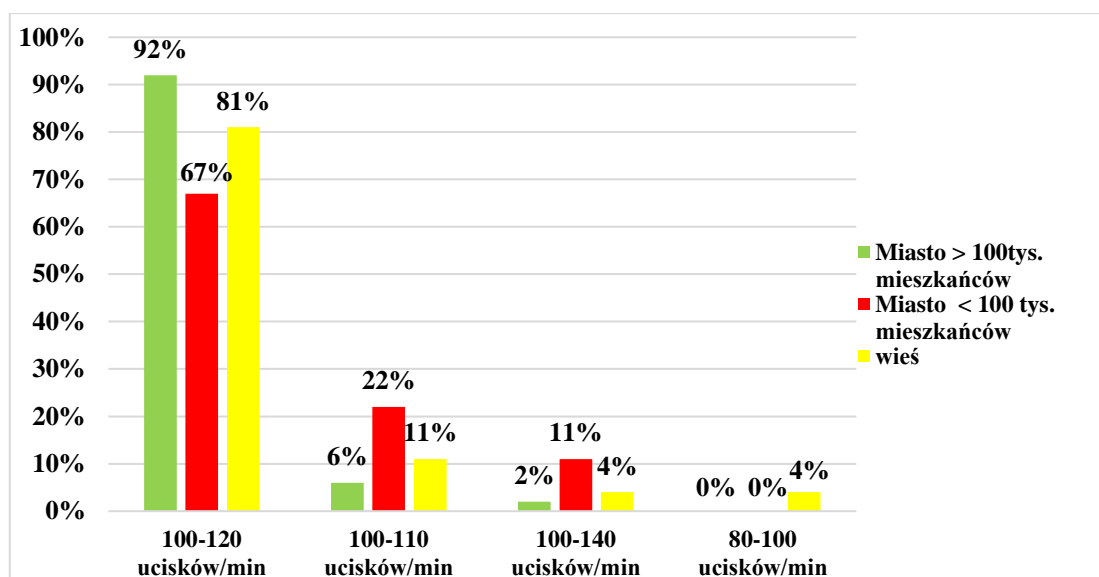
Rycina 18. Częstotliwość uciśnień klatki piersiowej

Dokonano analizy statystycznej pomiędzy częstotliwością uciśnień klatki piersiowej, a miejscem zamieszkania ankietowanych, która wykazała istotność statystyczną (Chi-kwadrat=13,40380, p=,03705) - Tabela 7.

Tabela 7. Częstotliwość uciśnień klatki piersiowej a miejsce zamieszkania ankietowanych

Odpowiedź	Miejsce zamieszkania ankietowanych						Chi-kwadrat	p
	Miasto > 100tys. mieszkańców		Miasto < 100 tys. mieszkańców		Wieś			
	N	%	N	%	N	%		
100-120 ucisków/min	88	92%	12	67%	21	81%	13,40380	0,03705
100-110 ucisków/min	6	6%	4	22%	3	11%		
100-140 ucisków/min	2	2%	2	11%	1	4%		
80-100 ucisków/min	0	0%	0	0%	1	4%		
RAZEM	96	100%	18	100%	26	100%		

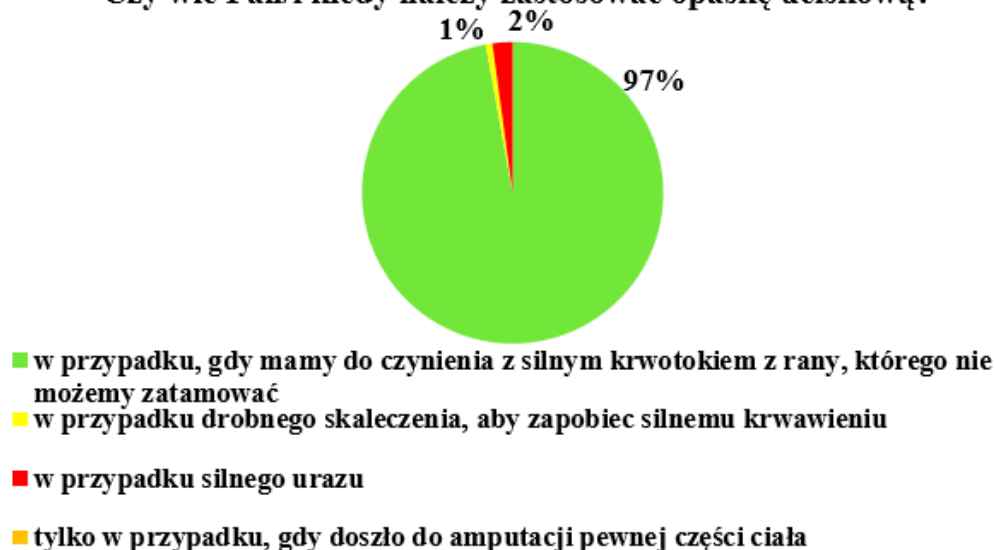
Z przeprowadzonych badań wynika, że większość ankietowanych zarówno pochodzących z większych miast (92%), jak i mniejszych miast (67%) oraz wsi (81%) wiedzieli z jaką częstotliwością uciskamy klatkę piersiową u osoby poszkodowanej. Jednak należy zwrócić uwagę na to, że aż o 14% większą wiedzę mieli ankietowanych zamieszkujących wsie (81%), a jeżeli ankietowani pochodzący z mniejszych miast (67%), co uwidacznia Rycina 19.



Rycina 19. Częstotliwość uciśnień klatki piersiowej a miejsce zamieszkania ankietowanych

Dane przedstawione na Rycinie 20 informują, że prawie wszyscy badani (97%) zastosowaliby opaskę uciskową w przypadku wystąpienia silnego krwotoku z rany. Znikoma liczba, 2% biorących udział w badaniu uważa, że opaskę uciskową stosuje się w przypadku silnego urazu oraz 1% ankietowanych twierdzi, żeby zapobiec silnemu krwawieniu, należy zastosować opaskę przy drobnym skaleczeniu.

Czy wie Pan/i kiedy należy zastosować opaskę uciskową?



Rycina 20. Zastosowanie opaski uciskowej

Na poniższej Rycinie przedstawiono, że 80% respondentów posiada wiedzę odnośnie tego, że głębokich ran nie powinno się przemywać płynem antyseptycznym. 5% badanych uważa, że powinno się przemywać głębokie rany płynem antyseptycznym. 15% respondentów nie miało pojęcia jak trzeba postąpić.

Czy według Pana/i należy przemywać głębokie rany płynem antyseptycznym/bakteriobójczym?



Rycina 21. Stosowanie płynu antyseptycznego przy głębokich ranach

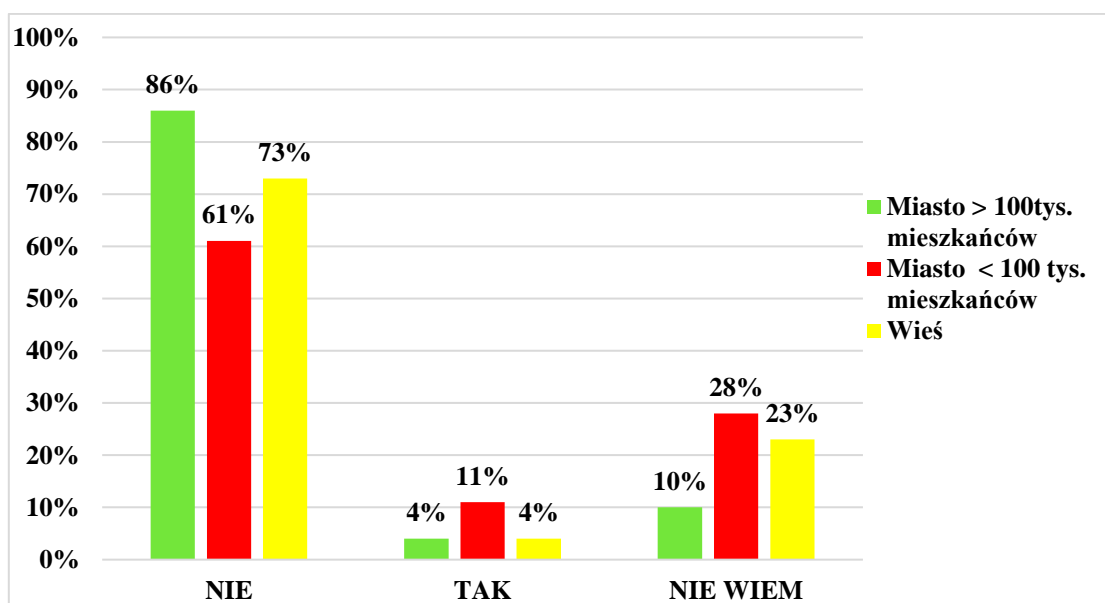
Sprawdzono istotność statystyczną pomiędzy koniecznością stosowania płynu antyseptycznego przez badanych zamieszkujących duże miasta, małe miasta i wsie. Nie wykazano istotności statystycznej (Chi-kwadrat= 7,292112, p=0,12123) - (Tabela 8).

Tabela 8. Stosowanie płynu antyseptycznego przy głębokich ranach względem miejsca zamieszkania ankietowanych

Odpowiedź	Miejsce zamieszkania ankietowanych						Chi-kwadrat	P
	Miasto > 100tys. mieszkańców		Miasto < 100 tys. mieszkańców		Wieś			
	N	%	N	%	N	%		
NIE	82	86%	11	61%	19	73%	7,292112	0,12123
TAK	4	4%	2	11%	1	4%		
NIE WIEM	10	10%	5	28%	6	23%		
RAZEM	96	100%	18	100%	26	100%		

Poziom wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

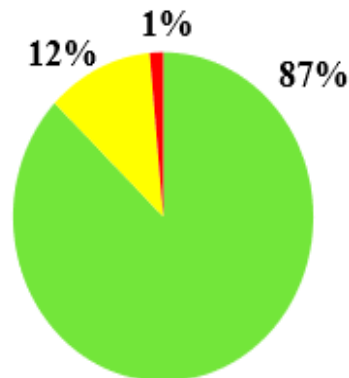
Z analizy zebranego materiału wynika, że większość badanych zamieszkujących miasta powyżej 100 tys. mieszkańców zgadza się z tym, że głębokich ran nie należy przemywać płynem antyseptycznym (86%). Takiego samego zdania są osoby zamieszkujące miasta poniżej 100 tys. mieszkańców (61%) oraz ankietowani zamieszkujący wsie (73%). 10% badanych wywodzących się z dużych miast, 28% ludzi wywodzących się z mniejszych miast oraz 23% ankietowanych ze wsi nie wiedziało tego, czy należy przemywać głębokie rany antyseptykiem czy też nie, co pokazuje Rycina 22.



Rycina 22. Stosowanie płynu antyseptycznego przy głębokich ranach względem miejsca zamieszkania ankietowanych

87% respondentów zdaje sobie sprawę, że oparzone miejsce należy schładzać letnią wodą przez 15 minut, a następnie zabezpieczyć je sterylnym opatrunkiem. Niewielki odsetek badanych (12%) uważa, że miejsce oparzenia schładza się przez 15 minut zimną wodą, a następnie dezynfekuje się je i nakłada opatrunek. Znikoma liczba badanych, bo zaledwie 1% stwierdza, że oparzone miejsce schładzamy przez około 10 minut, a następnie stosujemy maść łagodzącą oparzenie (Rycina 23).

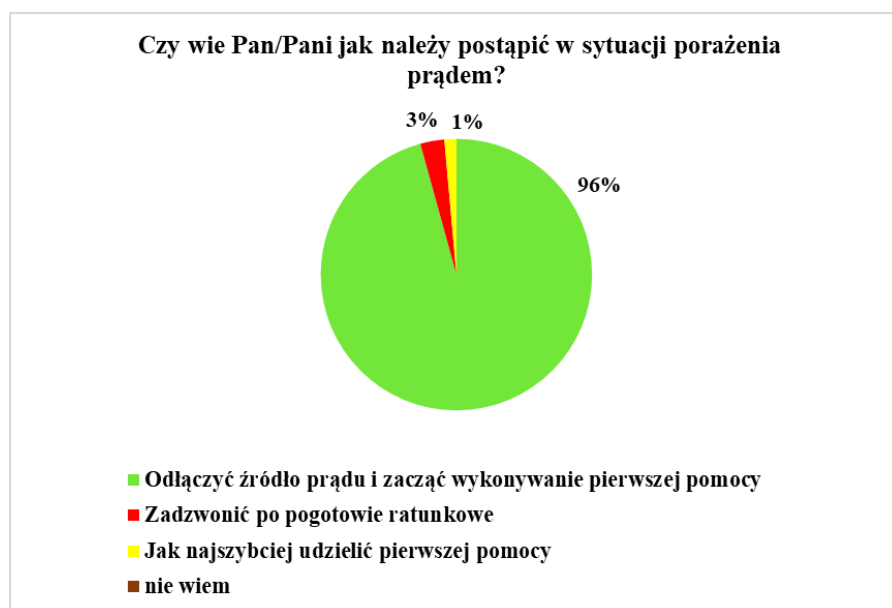
Jak według Pana/i należy postąpić z oparzeniem skórnym?



- schładzać oparzone miejsce letnią wodą przez 15 minut, a następnie zabezpieczyć miejsce sterylnym opatrunkiem
- schładzać miejsce zimną wodą przez ok. 15 min, zdezynfekować miejsce oparzenia i nałożyć opatrunek
- schładzać oparzone miejsce letnią wodą przez ok. 10 minut, a następnie zastosować maść łagodzącą
- schładzać oparzone miejsce zimną wodą przez 5 minut

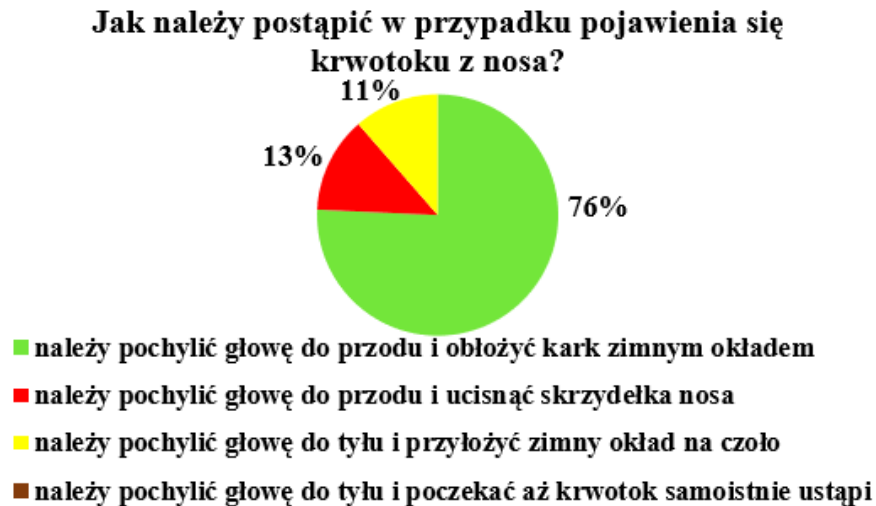
Rycina 23. Postępowanie z oparzeniem skórnym

Na Rycinie 24 przedstawiono zestawienie wyników dotyczących postępowania w przypadku porażenia prądem. Prawie wszyscy badani 96% wiedzą, że należy odłączyć źródło prądu i rozpocząć pierwszą pomoc. Jedynie kilka procent badanych zaznaczyło złą odpowiedź.



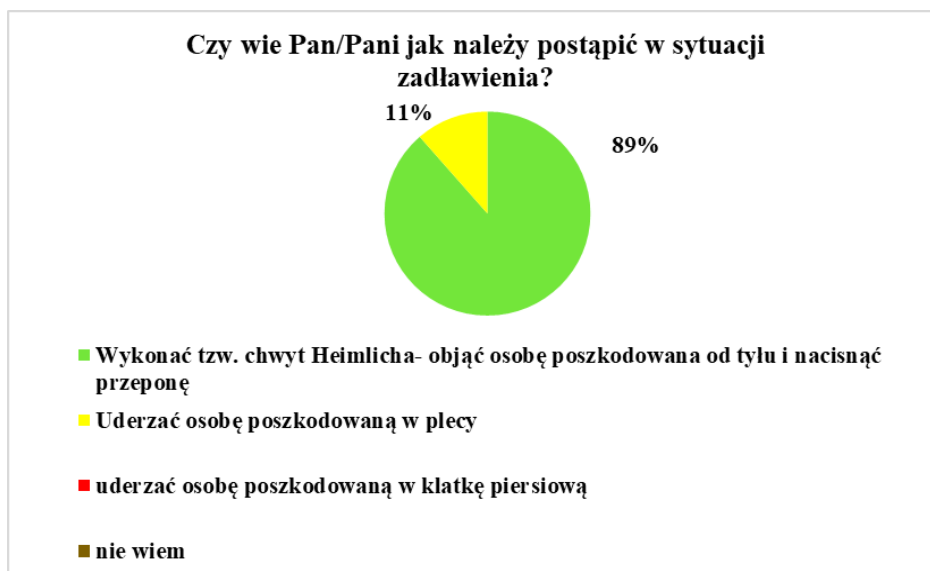
Rycina 24. Postępowanie w porażeniu prądem

Z przytoczonych danych na Rycinie 25 wynika, że ponad połowa ankietowanych (76%) wie, że w przy krwotoku z nosa należy pochylić głowę do przodu i obłożyć kark zimnym okładem. 13% badanych uznało, że głowę pochyla się do przodu i uciska skrzydełka nosa, natomiast 11% badanych uważa, że głowę należy pochylić do tyłu i przyłożyć zimny okład na czoło.



Rycina 25. Postępowanie przy krwotoku z nosa

Jak wynika z Ryciny 26, 89% respondentów potrafiłoby udzielić pomocy przy zadławieniu. Z kolei 11% badanych nie potrafiłoby udzielić pomocy przy zadławieniu, gdyż zaznaczyli odpowiedź, że należy uderzać osobę poszkodowaną w plecy.

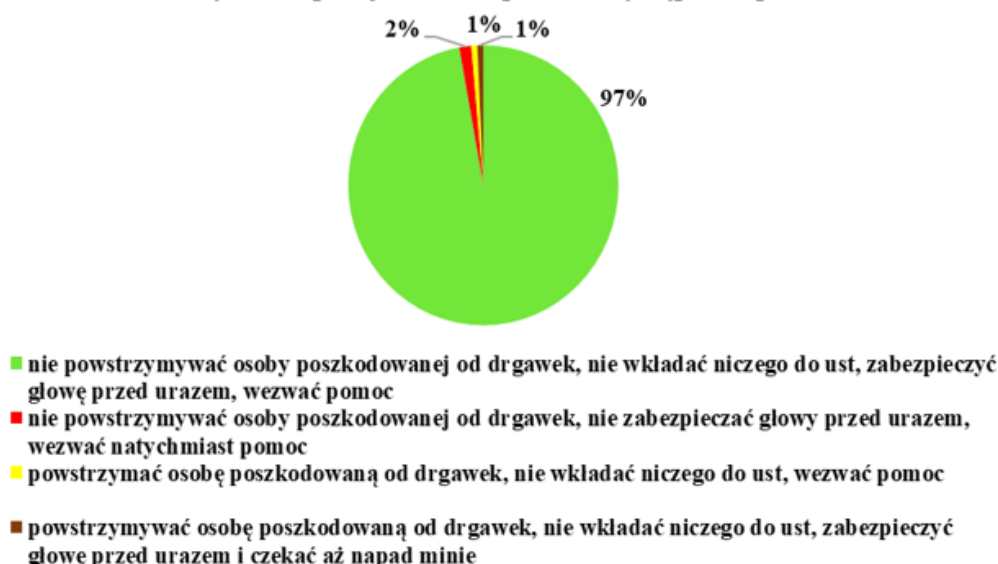


Rycina 26. Postępowanie w zadławieniu

Poziom wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

Przedstawione dane informują, że prawie wszyscy respondenci (97%) posiadają wiedzę dotyczącą postępowania w czasie padaczki. Mają świadomość, że poszkodowanego nie powstrzymuje się od drgawek, nie wkłada się niczego mu do ust i, że należy zabezpieczyć głowę przed urazem oraz wezwać pomoc. Znikomy procent badanych (1%) zaznaczył niewłaściwą odpowiedź (Rycina 27).

Jakie czynności podejmie Pan/i podczas wystąpienia padaczki?



Rycina 27. Pierwsza pomoc w padaczce

Aż 93% badanych odpowiedziało, że w przypadku złamania kończyny należy unieruchomić miejsce złamania z najbliższymi stawami, co stanowi dobrą odpowiedź. 3% ankietowanych stwierdziło, że trzeba unieruchomić staw powyżej złamania, a zaledwie 4% nie wiedziało jak postąpić (Rycina 28).

Czy wie Pan/Pani jak należy postąpić w przypadku złamania kończyny?



Rycina 28. Postępowanie w przypadku złamania kończyny

DYSKUSJA

NZK cechuje się natychmiastowym zatrzymaniem akcji serca i brakiem reakcji na bodźce. W Europie co roku określa się 700-800 tys. przypadków NZK, wtedy liczy się czas, w związku z czym ważne jest natychmiastowe przystąpienie do RKO. Jak wynika z przeglądu literatury, do nagłego zatrzymania rzadko dochodzi u osób młodych 18-40 letnich. Z kolei u osób powyżej 40 r.ż. przyczynia się ono do śmiertelności, dlatego ważna jest znajomość zasad pierwszej pomocy przedmedycznej, którą powinien znać każdy człowiek [2, 3].

Opierając się na własnych zebranych danych, możemy wywnioskować, że dość dużo ankietowanych posiada wiedzę z zakresu udzielania pierwszej pomocy. 43% badanych oceniło ją jako bardzo dobrą, 37% badanych uważa, że ma dość dobrą wiedzę, z kolei 20% badanych oceniło swoją wiedzę przeciętnie. W badaniach Woźniak przeprowadzonych w 2017r., w grupie 109 osobowej, wynika, że jest brak odpowiedniej wiedzy w zakresie udzielania pierwszej pomocy u ponad połowy badanych (53,2%) [4]. Według własnych danych, prawie wszyscy ankietowani (98%) wiedzieli, że każdy obywatel ma obowiązek udzielenia pierwszej pomocy i powiadomienia o zdarzeniu służb medycznych. W artykule Słowik z 2021r., badania przeprowadzone w 448 osobowej grupie, również wykazały, że prawie wszyscy badani (95%) wiedzieli, że każdy ma obowiązek udzielenia pierwszej pomocy [5]. Na podstawie własnych wyników zauważono również, że 84% ankietowanych rozumie, w jakim celu jest stosowana pozycja bezpieczna boczna, a mianowicie żeby zmniejszyć ryzyko zachłyśnięcia.

Raptem $\frac{1}{6}$ badanych odpowiedziało źle. Seweryn oceniła wiedzę studentów odnośnie celu stosowania pozycji bezpiecznej, gdzie wykazano, że aż 90% badanych wie, w jakim celu się ją stosuje, co również potwierdza, że wiedza jest zadawalająca [6].

Wyniki badań własnych pokazują, że ankietowani wykazali się dużą wiedzą w kwestii ułożenia poszkodowanego w pozycji bezpiecznej bocznej, gdyż wszyscy badani (100%) zaznaczyli dobrą odpowiedź, że poszkodowanego należy ułożyć na boku, z głową lekko odchylną do tyłu oraz dłonią skierowaną pod policzek. Odnosząc się do artykułu Zawidzkiej, to uzyskała ona znacznie słabsze wyniki. 49,2% badanych zaznaczyło prawidłową odpowiedź. 40,5% badanych nie potrafi prawidłowo wskazać jak wygląda pozycja bezpieczna, a 10,3% ankietowanych zupełnie nie miało pojęcia [7]. We własnych badaniach zauważono, że bardzo duża część osób badanych (92%) wie, że u osób dorosłych wykonuje się 30 ucisków klatki piersiowej oraz 2 wdechy. Według Blicharz, trochę mniej ankietowanych (70%) wiedziało, jaki jest stosunek liczby uciśnień klatki piersiowej do liczby wdechów. Nieliczne osoby wykazały błędną odpowiedź [8].

Analizując wyniki własne, można stwierdzić, że znacznie większa część respondentów 89% wie, że przy zadławieniu należy wykonać chwyt Heimlicha. Zaledwie 11% zaznaczyło niepoprawną odpowiedź. Nowak-Starz badała wiedzę młodej grupy wiekowej, a mianowicie młodzieży licealnej. Wyniki dotyczące posiadanej wiedzy badanych w przypadku zastosowania metody Heimlicha, były zdecydowanie niższe. Mniej niż połowa badanych (41%) stwierdziła, że przy zadławieniach stosuje się ten uchwyt [9].

Wyniki własnych badań wskazują, że prawie wszyscy ankietowani (97%), wiedzą w jakim celu stosuje się opaskę uciskową. Tylko niewielki odsetek badanych (1%) odpowiedział niepoprawnie. Czyż przeprowadzał badania na studentach wybranych uczelni wyższych niemedycznych we Wrocławiu, Bydgoszczy i Poznaniu. Według badań przeprowadzonych przez Czyża, poziom wiedzy studentów okazał się największy we Wrocławiu. Raptem 50% badanych wiedziało, że w przypadku krwotoku z rany, należy zastosować opatrunek uciskowy. W przypadku innych miast, to 46% ankietowanych z Bydgoszczy i znacznie mniej, około 29% badanych z Poznania odpowiedziało podobnie [10].

WNIOSKI

1. Wiedza społeczeństwa na temat udzielania pierwszej pomocy, jest zadawalająca.
2. Kobiety oceniły swoją wiedzę lepiej niż mężczyźni z zakresu udzielania pierwszej pomocy.
3. Osoby posiadające niższe wykształcenie niż wyższe oceniły swoją wiedzę z zakresu udzielania pierwszej pomocy gorzej niż pozostali ankietowani.
4. Osoby posiadające wykształcenie medyczne posiadają większą wiedzę niż osoby bez takiego doświadczenia.
5. Mieszkańcy miast o liczbie mieszkańców przekraczających 100 tys. mają większą świadomość dotyczącą umiejętności resuscytacji niż mieszkańcy mniejszych miast i wsi.
6. Należy edukować społeczeństwo na temat zasad udzielania pierwszej pomocy, szczególnie osoby z niższym wykształceniem.

PIŚMIENNICTWO

1. Zideman A. D., De Buck E. D.J. i wsp.: Pierwsza Pomoc. Wytyczne resuscytacji- Polska Rada Resuscytacji 2015.
2. Gach D. i wsp.: Nagłe zatrzymanie krążenia u młodej osoby dorosłej- studium przypadku. *Folia Cardiologica* 2015; 10(3): 204-208.
3. Rybakowski M., Panieński P., Surmacz R., Szemień M.: Edukacja resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Kursy Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacji organizowane przez Wielkopolską Izbę Lekarską 2016; 2: 28-28.
4. Woźniak K. i wsp.: Knowledge of students on providing premedical first aid. *Dziennik Edukacji, Zdrowia i Sportu* 2017; 7(8): 1101-1112.
5. Słowik K.: Wiedza osób dorosłych na temat udzielania pierwszej pomocy. *Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu* 2021; 27(1): 77-81.
6. Seweryn B., Spodaryk M., Ziarko A.: Stan wiedzy studentów o zasadach udzielania pierwszej pomocy i systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce. *Państwo i Społeczeństwo* 2016; 16(4): 69-86.
7. Zawadzka M. i wsp.: Analiza wiedzy studentów PWSZ we Włocławku na temat udzielania pierwszej pomocy. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2019; 4(3): 9-26.
8. Blicharz M., Biernacka B.: Poziom wiedzy społeczeństwa na temat udzielania pierwszej pomocy. *Aspekty Zdrowia i Choroby* 2016; 2(2): 35-49.

Poziom wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

9. Nowak-Starz G., Babiarz A. i wsp.: Poziom wiedzy młodzieży licealnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy. *Dobrostan a Edukacja* 2015; 14: 187-198.
10. Czyż R., Kwitoń M., Górniak I.: Ocena poziomu wiedzy studentów wybranych polskich uczelni wyższych na temat zasad udzielania pomocy jako pomoc wyjściowa w stanach nagłych. *Dziennik Edukacji, Zdrowia i Sportu* 2016; 6(7): 399-410.

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z marskością wątroby

Katarzyna Wiśniewska^{1,2}, Ewa Kulbaka^{1,2}, Marzena Janczaruk^{2,3}, Ewelina Lech⁴

1. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Radomska Szkoła Wyższa, Wydziału Nauk o Zdrowiu
3. II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
4. Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Główną funkcją metaboliczną wątroby jest zapewnienie organizmowi związków energetycznych, białka, tłuszczu, węglowodanów. Wątroba bierze udział także w syntezie białek, trawieniu i detoksykacji. Ma duże zdolności regeneracyjne, jednak zmiany patologiczne mogą spowodować utratę zdolności do regeneracji i do zapewniania organizmowi równowagi wewnątrzwydzielniczej [1]. Włóknienie wątroby w przebiegu choroby jest inicjowane przez różne czynniki uszkodzające a w ostatnim stadium rozwija się marskość wątroby. Jest to uszkodzenie mięszu wątroby połączone z martwicą komórek wątrobowych o przewlekłym charakterze. Marskość to także stan przednowotworowy wątroby. Uszkodzenia są nieodwracalne a chorobę klasyfikuje się zależnie od aktywności zapalnej, wielkości guzów i czynnika etiologicznego [1, 2]. Leczenie marskości wątroby należy do trudnych postępowań terapeutycznych, jest najczęściej skutkiem innych rozwijających się latami chorób. Marskość w większości przypadków jest powodowana alkoholizmem. Istnieją też inne przyczyny niż alkohol, do których należą WZW, zatrucie toksynami albo inne choroby metaboliczne lub genetyczne. Zależnie od stopnia rozwoju marskości, celem terapii jest zatrzymanie albo spowolnienie zmian patologicznych mięszu wątroby. W końcowym stadium marskości leczenie wymaga transplantacji, jednak według przyjętych kryteriów (całkowita abstynencja, stadium marskości) nie wszyscy chorzy kwalifikują się do przeszczepu [2].

Pacjent z marskością wątroby w okresie hospitalizacji potrzebuje od pielęgniarki wsparcia i profesjonalnej opieki. Polega ona na realizacji zleceń lekarskich w zakresie prowadzenia diagnostyki i leczenia, monitorowaniu stanu zdrowia, prowadzeniu edukacji oraz motywowaniu do podjęcia współdziałania w postępowaniu terapeutycznym. Pielęgniarka powinna wspierać pacjenta w wykonaniu wielu czynności dotyczących samoobsługi. Wynika

to z samopoczucia chorego, który często w przebiegu choroby jest osłabiony i ma ograniczone możliwości samoobsługi. Aby zapewnić komfort pacjentowi, pielęgniarka zajmuje się przygotowaniem i ścieleniem łóżka, zmianami bielizny osobistej, w razie potrzeby pomaga pacjentowi w zabiegach higienicznych: myciu i kąpieli, wykonywaniu toalety jamy ustnej [3, 4]. Podczas prowadzenia w szpitalu diagnostyki i terapii pielęgniarka pomaga pacjentowi przygotować się do badań, pobiera materiały do badań diagnostycznych (mocz, wymazy, krew żylna), monitoruje parametry życiowe (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura). Podczas hospitalizacji prowadzona jest obserwacja i kontrola stanu fizykalnego pacjenta, co obejmuje nadzór nad bilansem płynów, żywieniem, ocenę świadomości pacjenta i jego stanu ogólnego, np. wzrostu i masy ciała, napięcia mięśniowego, stanu powłok skórnych, włosów, jamy ustnej i narządów żucia. Ze względu na unieruchomienie i stosowanie procedur, należy podjąć profilaktykę powikłań. Może to wymagać stosowania masażu, nacierania skóry, oklepywania klatki piersiowej, wykonywania ćwiczeń oddechowych, zmiany opatrunków [3, 4]. Wszystkie działania pielęgniarki muszą być prowadzone zgodnie z etapami procesu pielęgnowania, które obejmuje kolejno: zebranie informacji, rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych, ustalenie planu interwencji, realizację planu i ocenę wyników działania. Proces gromadzenia informacji rozpoczyna się od przyjęcia pacjenta do szpitala i przeprowadzenia wywiadu, jest kontynuowany podczas dalszej opieki. Równocześnie podczas prowadzenia rozmów pielęgniarka przekazuje pacjentowi w sposób zrozumiały informacje o wykonywanych czynnościach i ich celu aby nie zwiększać niepokoju pacjenta związanego z hospitalizacją i obawami o swoje zdrowie. W przypadku rozpoznania dolegliwości (ból, parestezji, zawrotów głowy), konieczne jest podejmowanie interwencji skierowanych na minimalizowanie ich [5, 6]. Podczas hospitalizacji należy uwzględnić prowadzenia edukacji skierowanej na wyjaśnienie istoty choroby i zasad postępowania terapeutycznego. Edukacja pozwala budować i wzmacniać motywację pacjenta do współdziałania w procesie terapeutycznym, ale musi być dostosowana do możliwości chorego, jego wieku, wiedzy ogólnej, zdolności poznawczych, umiejętności językowych [7, 8].

CEL PRACY

Celem głównym podjętej pracy było przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z marskością wątroby.

MATERIAŁ I METODA

Metodą wybraną dla osiągnięcia celu pracy była metoda (studium) indywidualnego przypadku, która „*polega na analizie jednostkowych losów ludzkich wynikających ze specyficznej sytuacji klinicznej*” [9]. Materiał badawczy zebrano na podstawie obserwacji pacjenta, wywiadu, analizy dokumentacji medycznej i pomiarów bezpośrednich. Narzędzia badawcze, czyli przedmioty stosowane podczas zbierania danych, przyjęte na potrzeby badania własnego to: notatki sporządzane podczas obserwacji i wywiadu, dokumentacja medyczna pacjenta – historia choroby, karty obserwacji, karta gorączkowa, karty zleceń lekarskich, wyniki badań diagnostycznych laboratoryjnych i obrazowych, sprzęt medyczny – ciśnieniomierz, waga lekarska, termometr, wystandaryzowane skale i wskaźniki – wskaźnik BMI, skala Glasgow, skala Barthel, skala Norton, skala VAS, skala SWLS, skala Tinetti (wersja skrócona). Badanie przeprowadzono w Zespole Opieki Zdrowotnej w Skarżysku -Kamiennej, w Szpitalu Powiatowym im. Marii Skłodowskiej-Curie na Oddziale Chorób Wewnętrznych, gdzie przyjęto pacjentkę z uszkodzeniem wątroby. Pacjentka była przyjęta w trybie nagłym, w grudniu 2021 roku. Pacjentka była świadoma, została poinformowana o celu i zasadach prowadzenia badania, wyraziła zgodę i współpracowała w trakcie badania, udzielając odpowiedzi na pytania.

WYNIKI

Studium indywidualnego przypadku – analiza i opis

Pacjentka, lat 53, kobieta jest wdową, mieszkająca samotnie, utrzymującą się z renty. Ma dwoje dorosłych dzieci mieszkających w dużej odległości. Mieszka w bloku na drugim piętrze, warunki mieszkaniowe określa jako dobre. Pacjentka została przywieziona do szpitala przez ZRM po wezwaniu wykonanym przez sąsiadów, gdy zaśląbła na klatce schodowej i na krótki czas straciła przytomność. Po przyjeździe ZRM chora była już przytomna i wyraziła zgodę na to, aby przewieźć ją do szpitala celem diagnostyki i leczenia. Podczas przyjęcia pacjentka w kontakcie dobrym, nastrój obniżony, orientacja pełna. Uzyskiwane odpowiedzi ubogie, odroczone. Potwierdziła wieloletnie spożywanie alkoholu o cechach zależności, bez cech ostrej psychozy, deklarowała chęć do podjęcia terapii uzależnień, jednak bez przekonania. Pacjentka poinformowała o braku przebytych chorób, chorób współistniejących i uczuleń. Wcześniejsze hospitalizacje ponad 30 lat wcześniej. Zlecono badania laboratoryjne i obrazowe. Rozpoznanie lekarskie – marskość wątroby zrekompensowana, żółtaczką, małopłytkowość, zaburzenia elektrolitowe, anemia, hipokalemia.

Diagnozy i plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Ryzyko wystąpienia krwawienia z żyłaków przełyku.

Cel opieki pielęgniarskiej: Niedopuszczenie do wystąpienia krwawienia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zastosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarza.
- Prowadzenie pomiarów ciśnienia tętniczego, tętna, oddechów.
- Dokumentowanie pomiarów i porównywanie wyników.
- Przekazanie pacjentce, jak ważny jest bezwzględny zakaz spożywania alkoholu.

Wynik opieki: Informacje przekazano pacjentce, krwawienie nie wystąpiło.

Diagnoza pielęgniarska 2: Występowanie duszności wysiłkowej w związku z zespołem wątrobowo-płucnym.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zmniejszenie duszności i ułatwienie oddychania.

Interwencje pielęgniarskie:

- Eliminacja czynników nasilających duszność, zalecenie pacjentce pozostawania w spoczynku,
- Ułatwienie pacjentce przyjęcia pozycji półwysokiej.
- Kontrola parametrów życiowych – ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechów, temperatury, zabarwienia powłok skórnych i udokumentowanie.
- Prowadzenie tlenoterapii według zaleceń lekarskich.
- Zachęcenie pacjentki do wykonania ćwiczeń oddechowych – pokaz ćwiczeń.
- Wywietrzenie pomieszczenia, zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu.
- Obserwowanie stanu pacjentki.

Wynik opieki: Duszność została zmniejszona, ale pacjentka wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 3: Dyskomfort pacjentki spowodowany świądem skóry.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zmniejszenie świądu skóry i dyskomfortu pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Podanie pacjentce cholestyraminy na zlecenie lekarza.
- Założenie pacjentce na ręce bawełnianych rękawiczek.
- Przekazanie informacji o potrzebie zaprzestania drapania skóry, zamiast drapania pacjentka może delikatnie pocierać skórę palcem.
- Przekazanie pacjentce informacji o ryzyku zakażenia skóry wskutek drapania.

- Unikanie przegrzewania skóry i zapewnienie pacjentce luźnej bielizny osobistej.
- Obserwacja skóry pod kątem ryzyka zakażenia.

Wynik opieki: Świąd skóry został zmniejszony po podaniu leku, co zmniejszyło dyskomfort pacjentki.

Diagnoza pielęgniarska 4: Wystąpienie obrzęków kończyn dolnych wskutek choroby.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zmniejszenie obrzęków.

Interwencje pielęgniarskie:

- Kontrola masy ciała pacjentki i codzienny pomiar obrzęków.
- Dokumentowanie wyników pomiaru i ich porównywanie.
- Prowadzenie bilansu płynów.
- Podanie albumin i leków moczopędnych na zlecenie lekarza.
- Zapewnienie czystej, luźnej, bawełnianej bielizny pościelowej i osobistej.
- Obserwacja kończyny objętej obrzękiem pod kątem higieny i stanu skóry. stosowanie w przypadku pojawienie się pęknięć opatrunków aseptycznych.
- Nawilżanie i natłuszczanie naciągniętej skóry.
- Elewacja kończyny objętej obrzękiem z zastosowaniem klinów i wałków.
- Ograniczenie udziału soli w diecie.

Wynik opieki: Obrzęki nieznacznie się zmniejszyły, ale pacjentka wymagała dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ograniczenia samoopieki wskutek duszności wysiłkowych i obrzęków kończyn dolnych.

Cel opieki pielęgniarskiej: Wyrównanie deficytu pacjentki w zakresie samoopieki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Pomoc pacjentce w wykonaniu toalety ciała.
- Pomoc pacjentce w przemieszczaniu się.
- Pomoc w zmianie bielizny osobistej i pościelowej.
- Zapewnienie pacjentki, że uzyska pomoc w razie trudności wykonywania różnych czynności i zalecenie, aby nie przemieszczała się bez asysty.
- Zorganizowanie otoczenia pacjentki pod kątem łatwego dostępu do potrzebnych jej przedmiotów.
- Pokazanie technik bezpiecznego przemieszczania się.

- Obserwacja pacjentki pod kątem oznak zmian (pogorszenia się/polepszenia) występujących ograniczeń.

Wynik opieki: Deficyt chorej w zakresie samoopieki został wyrównany.

Diagnoza pielęgniarska 6: Brak motywacji pacjentki do prowadzenia właściwej diety i przestrzegania zaleceń.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zmotywowanie chorej do wprowadzenia zmian w stylu życia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Wyjaśnienie związku między chorobą a spożywaniem alkoholu oraz wpływu dalszego nadużywania alkoholu i niewłaściwej diety na rokowania w chorobie.
- Wyjaśnienie oddziaływania alkoholu spożywanego systematycznie na różne układy ciała.
- Przekazanie informacji o zalecanych i niewskazanych składnikach diety.
- Przekazanie materiałów edukacyjnych.
- Zachęcenie pacjentki, aby zgłaszała wątpliwości i uzupełniała informacje.
- Zaproponowanie pacjentce kontaktu z dietetykiem i psychologiem.

Wynik opieki: Pacjentka uważa, że zna skutki stylu życia, nie przejawiała chęci do zmiany zachowań.

Diagnoza pielęgniarska 7: Obniżone samopoczucie pacjentki wskutek problemów ze snem.

Cel opieki pielęgniarskiej: Uzyskanie efektywnego snu i poprawa samopoczucia pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Wietrzenie pomieszczeni przed snem.
- Zalecenie pacjentce, aby unikała drzemek podczas dnia.
- Zorganizowanie pacjentce aktywności w ciągu dnia ułatwiającej unikanie drzemek, zwłaszcza w porze popołudniowej.
- Utrzymanie odpowiedniej temperatury w pomieszczeniu.
- Zapewnienie ciszy i spokoju w porze zasypiania.
- Wygaszenie zbędnego oświetlenia.
- Podania leków nasennych na zlecenie lekarza.

Wynik opieki: Sen pacjentki i jej samopoczucie uległy poprawie.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko zakażenia w miejscu wkłucia obwodowego.

Cel opieki pielęgniarskiej: Przeciwdziałanie zakażeniu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Założenie wkłucia dożylnego zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki.
- Zmiana opatrunku wokół kaniuli codziennie i zależnie od potrzeby.
- Obserwacja okolicy wkłucia.
- Przepłukiwanie wenflonu solą fizjologiczną i utrzymanie drożności.
- Dokumentowanie czynności.

Wynik opieki: Nie wystąpiły objawy zakażenia.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko upadku i urazu podczas chodzenie wskutek osłabienia.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zmniejszenie ryzyka urazu i upadku, poprawa bezpieczeństwa podczas przemieszczania się pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena ryzyka upadku według skali Tinetti –ryzyko upadku występuje,
- Obserwacja i wprowadzenie zmian w otoczeniu w celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjentki.
- Rozmowa z pacjentką na temat zasad przemieszczania się, zalecenie ostrożności i wzywania pomocy.
- Pomoc pacjentce podczas przemieszczania się.
- Zastosowanie urządzenia zabezpieczającego – balkonika.
- Asekuracja pacjentki podczas przemieszczania się.

Wynik opieki: Nie doszło do upadku i urazu.

Diagnoza pielęgniarska 10: Problemy z przygotowaniem pacjentki do badań wskutek osłabienia.

Cel opieki pielęgniarskiej: Właściwe przygotowanie chorej do badania USG.

Interwencje pielęgniarskie:

- Wyjaśnienie pacjentce, jak będzie przebiegało badanie.
- Wyjaśnienie, że badanie wymaga powstrzymania się od jedzenia w okresie 6-8 godzin przed wyznaczonym terminem, ale pacjentka może i powinna przyjmować płyny w okresie przed badaniem.
- Monitorowanie spożycia płynów przez pacjentkę.

- Zapewnienie pacjentce bezpieczeństwa.
- Pomoc w przemieszczaniu się.
- Sprawdzenie parametrów życiowych po wykonaniu badania.
- Wykonanie toalety ciała przed wykonaniem badania.
- Zapewnienie pacjentce spokoju i możliwości wypoczynku po badaniu.

Wynik opieki: Pacjentka przygotowana do badania z pomocą personelu medycznego.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ryzyko rozwoju infekcji wskutek zmniejszenia odporności pacjentki.

Cel opieki pielęgniarskiej: Przeciwdziałanie infekcjom i utrzymanie pacjentki w dobrym stanie zdrowia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przekazanie pacjentce informacji o ryzyku zakażeń i sposobach profilaktyki.
- Edukacja na temat diety bogatej w witaminę C, podanie składników pokarmowych zalecanych w diecie.
- Asystowanie pacjentce w czynnościach higienicznych dla utrzymania czystości skóry.
- Zmiana bielizny pościelowej i osobistej w razie potrzeby.
- Wietrzenie pomieszczenia.
- Monitorowanie stanu ogólnego i parametrów życiowych.

Wynik opieki: Infekcja nie wystąpiła.

Diagnoza pielęgniarska 12: Dyskomfort pacjentki wskutek zaparć spowodowanych małą aktywnością ruchową i obniżoną perystaltyką jelit.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zniwelowanie zaparć i poprawa komfortu pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

1. Kontrola wypróżnień i ich dokumentowanie.
2. Wykonanie enemy.
3. Zastosowanie diety bogatoresztkowej ze zwiększoną zawartością błonnika.
4. Przekazanie pacjentce informacji o zasadach korzystnego odżywiania się.
5. Przekazanie pacjentce informacji o odpowiednim nawodnieniu organizmu.
6. Dostarczenie płynów i zachęcenie pacjentki do popijania niewielkich ilości systematycznie w ciągu dnia.

7. Pokazanie ćwiczeń ogólnousprawniających i zachęcenie pacjentki do ich wykonywania w ciągu dnia oraz do częstej zmiany pozycji ciała.
8. Zapewnienie pacjentce odzieży luźnej, nieuciskającej brzucha.

Wynik opieki: Uzyskano wypróżnienie, zaparcia ustąpiły.

Diagnoza pielęgniarska 13: Osłabienie pacjentki w związku z podwyższoną temperaturą ciała (37,6°C).

Cel opieki pielęgniarskiej: Obniżenie temperatury ciała i poprawa samopoczucia pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Pomiar temperatury i zapis wyników.
- Zapewnienie nawodnienia, zachęcenie pacjentki do częstego popijania płynów.
- Podanie płynów dożylnie na zlecenia lekarza.
- Wykonanie zimnych okładów na czoło i kark.
- Przewietrzenie pomieszczenia i kontrola temperatury w pomieszczeniu.
- Wykonanie zmiany bielizny osobistej i pościelowej.
- Ponawianie pomiarów temperatury co 2 godziny.

Wynik opieki: Temperatura ciała obniżona do 36,6°C.

Diagnoza pielęgniarska 14: Ryzyko wystąpienia ZUM wskutek założenia cewnika Foleya do pęcherza moczowego.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zmniejszenie ryzyka zakażenia układu moczowego.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wymiany cewnika.
- Wykonywanie toalety krocza wodą z mydłem.
- Sprawdzanie prawidłowego zawieszenia worka na mocz na stelażu poniżej poziomu pacjenta.
- Opróżnianie worka na mocz po zapełnieniu ½ objętości.
- Obserwacja ilości i zabarwienia oddanego moczu, założenie dobowej zbiórki moczu.
- Dokumentowanie czynności.

Wynik opieki: Zmniejszono ryzyko powstania zakażenia układu moczowego.

Diagnoza pielęgniarska 15: Obniżony nastrój pacjentki w związku z informacją o potrzebie dalszej hospitalizacji.

Cel opieki pielęgniarskiej: Poprawa nastroju pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Nawiązanie rozmowy z pacjentką na temat wcześniejszego leczenia oraz planowanego dalej leczenia.
- Wyjaśnienie pacjentce, że stan jej zdrowia wymaga leczenia w szpitalu.
- Zaproponowanie pacjentce nawiązania kontaktu telefonicznego z rodziną.
- Zachęcenie pacjentki do podjęcia czynności zagospodarowujących czas – oglądanie telewizji, porozmawianie z innymi pacjentkami, przejrzenie czasopism.
- Zaproponowanie pacjentce kontaktu z duszpasterzem albo psychologiem.
- Przekazanie pacjentce materiałów edukacyjnych (broszur, ulotek) i zaproponowanie, aby przejrzała materiały, a później odbędzie się rozmowa na temat wyjaśnienia wątpliwości.

Wynik opieki: Nastrój pacjentki nieznacznie się poprawił.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji:

1. Zalecenia dietetyczne: bezwzględne wykluczenie alkoholu, spożywanie 5-6 niewielkich posiłków dziennie, ograniczenie soli i niedosalanie potraw, ograniczenie ilości białka, zalecenie gotowania w wodzie, na parze, duszenia bez tłuszczu, pieczenia w folii, przeciwwskazania spożywania kawy, mocnej herbaty, ostrych przypraw, pokarmów wzdymających (kapusta, groszek, cebula, rośliny strączkowe, śliwki, gruszki), uzupełnianie witamin, selenu, cynku.
2. Zadbanie o higienę spożywania pokarmów: świeżość żywności, dokładne mycie owoców i warzyw.
3. Codzienny pomiar masy ciała, obwodu brzucha, obwodów obręzków.
4. Kontrola ilości wypijanych i wydalanych płynów.
5. Odpowiednia ilość snu 7-8 godzin na dobę.
6. Odpoczynek w pozycji leżącej kilka razy dziennie.

PODSUMOWANIE

Marskość wątroby może u pacjenta przez wiele lat przebiegać bezobjawowo. Dopiero postęp choroby i znaczny ubytek zdrowia prowadzą do hospitalizacji, gdy pacjent jest już w zaawansowanym stadium marskości. W zaostrzeniu choroby objawy mogą występować w różnym nasileniu. Są to objawy skórne, objawy ze strony układu pokarmowego, objawy ze strony OUN, układu hormonalnego oraz moczowo-płciowego. Mogą także pojawić się niedokrwistość i małopłytkowość. Pacjent wymaga leczenia objawowego skierowanego na wszystkie rozpoznane objawy. Postępowanie terapeutyczne uwzględnia także występujące potencjalne powikłania, np. żylaki przełyku lub spontaniczne bakteryjne zapalenie otrzewnej. Ważnym celem leczenia jest eliminacja czynnika, który wpłynął na rozwój choroby.

Częstym problemem staje się uzyskanie współpracy ze strony pacjenta, a w leczeniu marskości wątroby jest to konieczne do uzyskania efektów terapii. Pacjent powinien prowadzić odpowiednią dietę, przestrzegać reżimu przyjmowania leków, zadbać o swój stan fizyczny. Trudności pojawiają się, jeśli marskość wątroby współistnieje z uzależnieniem alkoholowym, a chory powinien bezwzględnie wystrzegać się spożywania alkoholu. Inną trudnością są niewłaściwe nawyki dietetyczne pacjenta i jego niechęć do zmiany diety oraz brak wiedzy dietetycznej. W okresie hospitalizacji stan zdrowia, przyjmowanie leków i dieta podlegają kontroli, ale po wypisie pacjent powinien przejąć odpowiedzialność za samoopiekę i samopielęgnację. Motywowanie pacjentów do podejmowania odpowiedzialności za swoje zdrowie oraz prowadzenie edukacji należy do ważnych zadań pielęgniarki.

WNIOSKI

1. Dolegliwości występujące u pacjenta z marskością wątroby to zażółcenie i świąd skóry, obrzęki kończyn dolnych, ryzyko pojawienia się zaparć lub biegunek, obniżona odporność organizmu, co wpływa na większe ryzyko rozwoju infekcji.
2. Czynności pielęgnacyjne i wspierające proces leczenia wykonywane przez pielęgniarkę do dbałość o stan fizyczny pacjenta, monitorowanie stanu zdrowia i samopoczucia, wykonywanie zleceń lekarskich, podejmowanie interwencji po stwierdzeniu problemów pacjenta, dbałość o czystość i higienę pacjenta zwłaszcza w przypadku osłabienia i ograniczenia zdolności do samoobsługi, udzielanie wsparcia emocjonalnego.

3. Potrzeby edukacyjne pacjenta z marskością wątroby to przede wszystkim uzupełnienie wiedzy na temat istoty choroby, jej powikłań, profilaktyki przebiegu leczenia. Pacjent powinien mieć pełną świadomość tego, jaki będzie postęp choroby w przypadku braku właściwego leczenia oraz zachowań anty zdrowotnych.
4. Przygotowanie pacjenta z marskością wątroby do samo opieki i samo pielęgnacji wymaga przekazania wiedzy o prawidłowej diecie i konieczności abstynencji, zmotywowania do zachowań korzystnych dla zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Baszczuk A., Kęsy L., Kopczyński Z.: Wartość badań laboratoryjnych w diagnostyce włóknienia wątroby. *Nowiny Lekarskie* 2012; 2: 175-181.
2. Juszczyk J.: Wątroba [w:] *Interna Szczeklika*, Gajewski P. (red.). *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2016: 893-897.
3. Pietrzak K., Grabowska H.: Zastosowanie ICPN® w opiece nad pacjentem z poalkoholową marskością wątroby – studium przypadku. *Problemy Pielęgniarstwa* 2017; 2: 138-142.
4. Plisko R., Kulik-Sztorc M., Nieszczyński G., i wsp.: WZW typu C. Raport systemowy. *Konieczność zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia*. HTA Consulting, Kraków 2017.
5. Raciborski F., Gujski M., Kłak A., i wsp.: HCV w Polsce. Strategia rozwiązania problemu zdrowotnego oraz działania w perspektywie 2015-2016. *Narodowy Instytut Zdrowia*, Warszawa 2015.
6. Sierpińska L., Wojtczak B.: Styl życia chorych z marskością wątroby zakażonych wirusem HCV. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6: 109-130.
7. Szambelan J., Pietrzak M., Haor B.: Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej wobec pacjentki z marskością wątroby w przebiegu choroby Wilsona. *Innowacje w Pielęgniarstwie* 2018; 1: 11-32.
8. Zawidzka M., Piernikowska A.: Przygotowanie pacjenta przewlekle chorego do samoopieki jako efekt skutecznej edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2019; 2: 30-52.
9. Lenartowicz H., Kózka M.: *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Podręcznik dla studiów medycznych. *Wydawnictwo Lekarskie PZWL*, Warszawa 2020.

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z COVID-19

Monika Kozestańska – Oczkowska¹, Katarzyna Wiśniewska^{1,2}, Marta Skalska³

1., Wydział Nauk o Zdrowiu, Radomska Szkoła Wyższa

2. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

3. Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Ogromny postęp cywilizacyjny będący nieodłączną częścią ewolucji podniósł poziom życia ludzkości, ale jednocześnie pociągnął za sobą wystąpienie zarówno dotychczas nieznanymi zagrożeniami, jak również powrót części z tych, z którymi ludzie mieli już do czynienia i wydawało się, że dysponują szeroką wiedzą na ich temat. Współczesne społeczeństwo jest wysoko rozwinięte, w kolejnych informacjach prasowych przedstawiane są sukcesy międzynarodowej medycyny, które jeszcze kilkadziesiąt lat wstecz nie przysłyby nikomu do głowy. Wraz z postępem nierozdzielnie związanym ze zwiększeniem ilości stresu, zmniejszeniem ilości snu oraz prowadzeniem często niezdrowego trybu życia wzrasta poziom zapadalności ludzi na różnorodne choroby [1]. W XXI wieku wielu ludzi było świadkami trzech śmiertelnych pandemii powiązanych z nowymi koronawirusami: SARS, MERS oraz COVID-19. Wirusy te są wysoko zakaźne, odpowiedzialne za wywołanie ostrych zakażeń dróg oddechowych oraz spowodowały wysoką śmiertelność. COVID-19 jest infekcją wirusową wywołaną przez inny odzwierzęcy, nowy koronawirus o nazwie SARS-CoV-2, który prawdopodobnie pochodzi od nietoperzy służących jako ustalone rezerwuary dla różnych patogennych koronawirusów [2].

„Koronawirus” z którym medycyna na całym świecie zmagą się już od ponad dwóch lat to choroba o charakterze wieloukładowym i wielonarządowym. Pomimo tego, że przez wiele osób postrzegana jest jako „zwykła” oddechowa infekcja, która po siedmiu dniach minie, to coraz głośniejsze mówi się o tym, że COVID-19 pozostawia wiele trwałych powikłań związanych z aktywnością wirusa i burzą immunologiczną. Szereg przeprowadzanych badań wskazuje na to, że „koronawirus” ma skłonność do wywoływania rozległego stanu zapalnego i krzepnięcia krwi. Na podstawie analizy danych z aplikacji dla zakażonych, działającej na terenie Stanów Zjednoczonych, Szwecji i Wielkiej Brytanii przeprowadzono badanie „COVID Symptom Study” i ustalono, że około 15% wszystkich zarażonych osób cierpi na dodatkowe

dolegliwości, niezależnie od tego jak przeszły zakażenie. Do podobnych wniosków doprowadziły badania wykonane przez naukowców z uniwersytetu w Oxfordzie [3].

Konsekwencje „koronawirusa” można zauważyć w wielu sferach m.in. kardiologicznej, nefrologicznej, dermatologicznej, oddechowej, neurologicznej czy neuropsychiatrycznej [3].

Centrum Kontroli i Prewencji Chorób wskazuje, że na efekty uboczne zakażenia szczególnie narażone są osoby starsze i te cierpiące na choroby współistniejące. Nie jest to jednak norma – również osoby młode i zdrowe mogą być się źle jeszcze wiele miesięcy po przechorowaniu. Według CDC do najczęstszych objawów utrzymujących się po ustąpieniu choroby można zaliczyć m.in. kaszel, bóle w klatce piersiowej, bóle głowy, bóle mięśniowe i kostno-stawowe, duszności, problemy z pamięcią i koncentracją. W dużej części przypadków objawy te po jakimś czasie samoistnie ustępują, ale w niektórych sytuacjach wynikają one z uszkodzeń narządów i mają charakter długotrwały [4].

COVID-19 jest jednym z największych wyzwań dla współczesnej medycyny. Jak pokazały minione dwa lata, choroba ta atakuje nie tylko osoby starsze i schorowane, ale też młode i będące w świetnej kondycji zdrowotnej. Niespotykana częstotliwość występowania, spektrum osób potencjalnie zagrożonych zachorowaniem oraz duży odsetek zgonów sprawia, że pielęgniarka musi być gotowa na opiekę nad różnymi pacjentami, w szerokim zakresie wiekowym i emocjonalnym, a przy tym odporna na stres i obawę o własne zdrowie [5].

Opieka pielęgniarska nad pacjentem zakażonym wirusem SARS-CoV-2 jest zależna od przebiegu COVID-19. Najistotniejszym zadaniem pielęgniarki jest monitorowanie parametrów życiowych, w szczególności stanu świadomości pacjenta, saturacji i gazometrii krwi tętniczej. Trzeba uważnie obserwować objawy takie jak kaszel, ucisk w klatce piersiowej czy duszność, bowiem szybkie rozpoznanie pogorszenia stanu pacjenta pozwoli odpowiednio zareagować i zastosować tlenoterapię bądź inne wymagane środki. Należy monitorować zmiany ciśnienia w drogach oddechowych, objętość i częstość oddechów [4].

CEL PRACY

Celem przeprowadzonego w pracy badania było przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z COVID-19, w szczególności wskazanie szeregu diagnoz pielęgniarskich możliwych do podjęcia w stosunku do takiego pacjenta wraz z opisem interwencji pielęgniarskich i ich oceną.

MATERIAŁ I METODY

Do wykonania pracy wykorzystana została jakościowa strategia badania, której istotą jest gromadzenie danych i kompleksowy opis przypadku poddanego badaniu. Przeprowadzenie szczegółowego wywiadu umożliwiło poznanie i zrozumienie potrzeb osoby badanej oraz zapoznanie się ze sposobem jej zachowania i reakcją na podejmowane trudne zagadnienia w rozmowie. Wybraną metodą badawczą było studium indywidualnego przypadku. Techniki, które zostały wykorzystane w pracy to wywiad, obserwacja oraz pomiar. Narzędziami wykorzystanymi w pracy były – arkusz gromadzenia danych o pacjencie oraz skale: skala służąca do pomiaru sprawności funkcjonalnej, skala ryzyka wystąpienia odleżyn, skala doznań bólowych.

Badanie zostało przeprowadzone podczas 3 tygodniowego pobytu pacjenta na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Jana Dukli w Lublinie. Badanie obejmowało kontakt i opiekę nad pacjentem w dniu przyjęcia do szpitala, w czasie pobytu na oddziale oraz w dniu wypisu ze szpitala. Trwało od 3 maja 2021 r. do 24 maja 2021 r. Pacjenta poinformowano o celach niniejszego badania i uzyskano jego pisemną zgodę na udział w nim.

WYNIKI

Studium indywidualnego przypadku chorego z COVID-19

Badanie przeprowadzono o 46-letniego mężczyzny (M.N.) posiadającego wykształcenie wyższe, świadczącego usługi informatyczne w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej. Pacjent wraz z żoną mieszka w Dęblinie. W przeprowadzonym wywiadzie, obok zakażenia COVID-19, stwierdzono również występowanie u pacjenta cukrzycy, nadciśnienia tętniczego oraz otyłości. Pacjent nie wskazał na przebycie chorób zakaźnych ani na uczulenia. Pacjent przywieziony na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Jana Dukli w Lublinie z Szpitala Wojskowego w Dęblinie w dniu 3 maja 2021 r. w stanie ogólnym ciężkim. W trakcie przyjęcia na oddział był przytomny, możliwy był z nim prosty kontakt.

Diagnozy i interwencje pielęgniarskie wobec chorego z COVID-19

Diagnoza pielęgniarska 1: Duszność spowodowana przez niewydolność oddechową wynikającą z zakażenia dróg oddechowych przez wirus SARS-CoV-2.

Cele opieki pielęgniarskiej: Umożliwienie pacjentowi oddychania, zapewnienie pacjentowi komfortu psycho-fizycznego.

Interwencje pielęgniarskie:

- ustalenie czynników nasilających duszność,
- ocena czasu trwania i stopnia nasilenia duszności,
- ocena liczby i jakości oddechów pacjenta,
- pomiar parametrów życiowych (RR, tętno, temperatura) oraz saturacji tlenem,
- pobranie krwi na gazometrię,
- poinstruowanie pacjenta o konieczności przyjęcia pozycji półwysokiej lub wysokiej w łóżku,
- pomoc pacjentowi w przyjęciu odpowiedniej pozycji na łóżku,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali (temperatura 18-20 °C, wilgotność 60-70%, częste wietrzenie sali),
- wykonanie spirometrii na zlecenie lekarza,
- podanie tlenu na zlecenie lekarza,
- monitorowanie hemodynamiczne pacjenta metodą PICCO,
- wykonanie RTG klatki piersiowej na zlecenie lekarza,
- wentylacja mechaniczna w trybie SIMV na zlecenie lekarza.

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent ma trudności z oddychaniem. Chory obawia się, że utraci tę zdolność. Istnieje ryzyko, że stan pacjenta się pogorszy. Problem wymaga dalszej obserwacji i kontynuacji podejmowanych działań w czasie.

Diagnoza pielęgniarska 2: Obawa pacjenta przed utratą zdolności oddychania wynikającą z zakażenia dróg oddechowych przez wirus SARS-CoV-2.

Cele opieki pielęgniarskiej: Zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa.

Interwencje pielęgniarskie:

- rozmowa z pacjentem na temat odczuwanych przez niego emocji,
- wyjaśnienie celu podejmowanych działań terapeutycznych oraz leczniczych,
- pozyskanie pacjenta do współpracy w zakresie jego leczenia,
- udzielenie pacjentowi informacji, dotyczących przeprowadzanych procedur diagnostycznych,
- umożliwienie pacjentowi kontaktu z lekarzem prowadzącym,
- umożliwienie pacjentowi kontaktu z członkami rodziny lub przyjaciółmi,
- zapewnienie kontaktu pacjenta z psychologiem,
- zapewnienie pacjentowi możliwości realizacji praktyk religijnych,

- zapewnienie pacjentowi warunków do wypoczynku,
- podłączenie pacjenta do respiratora na zlecenie lekarza.

Ocena działań pielęgniarских: Pacjent podejmuje współpracę z zespołem terapeutycznym. Jego obawy dotyczące stanu zdrowia po uzyskaniu rzetelnych informacji dotyczących postępowania leczniczego uległy zmniejszeniu w niewielkim stopniu. Pacjent obawia się, że będzie „uzależniony od respiratora”, w związku z czym zalecana jest konsultacja psychiatryczna. Problem wymaga dalszej obserwacji i kontynuacji podjętych działań w czasie.

Diagnoza pielęgniarська 3: Narastająca niewydolność oddechowa związana z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Cele opieki pielęgniarської: Zapewnienie pacjentowi możliwości oddychania, kontrola parametrów życiowych pacjenta.

Interwencje pielęgniarские:

- zapewnienie drożności dróg oddechowych,
- regularna ocena ruchów klatki piersiowej,
- wprowadzenie sztucznej wentylacji na zlecenie lekarza,
- obserwacja zachowania pacjenta na sztuczną wentylację,
- obserwacja układu krążenia,
- monitorowanie zapisu elektrokardiogramu oraz rozpoznanie ewentualnych zaburzeń rytmu i przewodnictwa oraz cech niedokrwienia,
- monitorowanie parametrów życiowych pacjenta,
- ocena i monitorowanie pracy narządów pacjenta.

Ocena działań pielęgniarских: Trudności z oddychaniem odczuwane przez pacjenta nabrały na sile. Chorego podłączono do respiratora. Problem wymaga dalszej obserwacji i kontynuacji podejmowanych działań w czasie.

Diagnoza pielęgniarська 4: Anuria wynikająca z przewlekłej niewydolności nerek w przebiegu zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Cele opieki pielęgniarської: Poprawa wydolności nerek.

Interwencje pielęgniarские:

- ocena ilości i jakości wydalanego moczu,
- wykonanie posiewu moczu na zlecenie lekarza,

- ocena poziomu uszkodzenia, ryzyka i niewydolności nerek na podstawie utraty ich funkcji na podstawie klasyfikacji RIFLE,
- bilans płynów na zlecenie lekarza,
- poinstruowanie pacjenta o konieczności przyjęcia pozycji półwysokiej lub wysokiej w łóżku,
- pobranie krwi na zlecenie lekarza (mocznik, kreatynina, poziom leukocytów, płytek krwi, sód, potas, mocznik, kwas moczowy)
- wykonanie USG nerek na zlecenie lekarza,
- wykonanie TK układu moczowego na zlecenie lekarza,
- nawodnienie pacjenta dożylnie na zlecenie lekarza.

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent ma założony cewnik Foleya – w zbiorniku widnieje mocz brunatny, w ilości ok. 100 ml. Pacjentowi są podawane krystaloidy i koloidy. Występuje bardzo duże ryzyko niewydolności nerek w skali RIFLE. Wyłoniono przetokę tętniczo – żylną z naczyń własnych pacjenta. Podejmowana jest terapia nerkozastępcza, która przebiega bez powikłań. Pacjent znajduje się pod stałą kontrolą nefrologa. Prowadzony jest stały monitoring parametrów hemodynamicznych. Problem pielęgnacyjny wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 5: Osłabienie siły kończyn dolnych oraz górnych wynikające z polineuropatii cukrzycowej oraz unieruchomienia pacjenta w łóżku.

Cele opieki pielęgniarskiej: Zwiększenie siły pacjenta, unormowanie poziomu glikemii.

Interwencje pielęgniarskie:

- zachęcenie pacjenta do podejmowania ćwiczeń czynno-biernych,
- sprawdzenie wiedzy pacjenta, dotyczącej obliczania dawki insuliny oraz sposobu jej podawania,
- poinformowanie pacjenta o prawidłowych wartościach glukozy we krwi,
- systematyczny pomiar poziomu glikemii,
- zapisywanie wyników pomiaru w dokumentacji medycznej pacjenta,
- podawanie leków przeciwcukrzycowych na zlecenie lekarza,
- ustalenie z pacjentem zasad diety przeciwcukrzycowej oraz jej ograniczeń
- poinformowanie pacjenta o działaniach, które powinien podjąć w przypadku wystąpienia hiperglikemii,
- poinformowanie pacjenta o objawach świadczących o wystąpieniu hiperglikemii lub hipoglikemii,

— zapewnienie pacjentowi warunków do snu i wypoczynku.

Ocena działań pielęgniarских: Pacjent wykazuje chęć podejmowania ćwiczeń czynnościowych w łóżku (odwodzenie, przywodzenie). Osłabienie psycho-fizyczne utrzymuje się nadal. Problem pielęgnacyjny wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarська 6: Obrzęk kończyn dolnych spowodowany nadwagą w przebiegu niewydolności serca.

Cele opieki pielęgniarської: Redukcja masy ciała pacjenta, zmniejszenie obrzęku kończyn dolnych.

Interwencje pielęgniarские:

- stosowanie opatrunku z bandaża elastycznego na bolącą kończynę,
- uniesienie kończyn dolnych powyżej poziomu serca (15-20 stopni),
- codzienny pomiar obwodu kończyn dolnych powyżej kostek, w połowie łydki i połowie uda,
- zapisywanie wyników pomiarów w dokumentacji medycznej pacjenta,
- zalecenie pacjentowi wykonywania ruchów czynnych stopami,
- poinformowanie pacjenta o konieczności unikania gorących kąpielii,
- podawanie leków przeciwzapalnych i przeciwzakrzepowych na zlecenie lekarza,
- pomiar masy ciała pacjenta,
- zapisywanie wyników w dokumentacji medycznej pacjenta,
- umożliwienie kontaktu z dietetykiem, w zakresie ustalenia planu postępowania dietetycznego,
- podjęcie współpracy z rehabilitantem w zakresie dostosowania aktywności fizycznej do stanu zdrowia pacjenta.

Ocena działań pielęgniarских: Masa ciała pacjenta nie zmniejszyła się. Obrzęki kończyn dolnych bez zmian. Powodują one znaczne dolegliwości bólowe (4 punkty wg skali VAS). Pacjentowi są podawane leki przeciwbólowe w przypadku nasilenia bólu. Problem wymaga dalszej realizacji wymienionych w interwencjach pielęgniarских i podjętych czynności w czasie.

Diagnoza pielęgniarska 7: Nadmierna masa ciała wynikająca z nieprawidłowego odżywienia oraz unieruchomienia pacjenta w łóżku.

Cele opieki pielęgniarskiej: Zmniejszenie masy ciała, zwiększenie mobilności pacjenta w obrębie łóżka, zapobieżenie wystąpieniu powikłań narządowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- pomiar masy ciała pacjenta,
- określenie stopnia nadwagi pacjenta za pomocą BMI,
- określenie przyczyn nadmiernej masy ciała pacjenta (nieprawidłowe nawyki żywieniowe),
- podawanie pacjentowi pokarmu o kaloryczności ok.1300 kcal,
- podawanie posiłków regularnie co 3-4 godziny,
- zachęcanie pacjenta do umiarkowanej aktywności fizycznej.

Ocena działań pielęgniarskich: U pacjenta występuje otyłość III stopnia (BMI- 44,98). Koniecznym było wdrożenie diety redukcyjnej z ograniczoną ilością kalorii. U pacjenta podejmowana jest rehabilitacja czynno-bierna. Problem wymaga dalszej obserwacji i kontynuacji podjętych działań w czasie.

Diagnoza pielęgniarska 8: Deficyt samoobsługi spowodowany osłabieniem pacjenta oraz ograniczoną mobilnością.

Cele opieki pielęgniarskiej: zwiększenie zakresu samoobsługi pacjenta, poprawa mobilności pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- określenie stopnia deficytu pacjenta w zakresie samoobsługi,
- wykonanie toalety ciała pacjenta w łóżku pacjenta wg potrzeb,
- zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjenta wg potrzeb,
- karmienie pacjenta przez sondę,
- zmiana pieluchomajtek wg potrzeb,
- umożliwienie kontaktu pacjenta z członkami zespołu terapeutycznego,
- pojenie pacjenta dożylnie na zlecenie lekarza,
- wykonanie toalety jamy ustnej pacjenta po każdym posiłku.

Ocena działań pielęgniarskich: Chory wymaga wzmożonej opieki. Wszelkie czynności samoobsługowe podejmuje za niego pielęgniarka, ale pacjent wykazuje chęć współpracy.

Problem wymaga dalszej realizacji wymienionych w interwencjach pielęgniarskich i podjętych czynności w czasie.

Diagnoza pielęgniarska 9: Nadciśnienie tętnicze wynikające z niewydolności serca.

Cele opieki pielęgniarskiej: Zapobieganie dalszym powikłaniom narządowym, unormowanie wartości ciśnienia tętniczego krwi.

Interwencje pielęgniarskie:

- codzienny pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
- dokumentowanie wyników pomiaru w karcie gorączkowej,
- określenie wartości ciśnienia tętniczego uznawanych za prawidłowe,
- zachęcenie pacjenta i jego rodziny do prowadzenia zeszytu samokontroli ciśnienia tętniczego,
- wykonanie pokazu prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego,
- podanie leków na nadciśnienie na zlecenie lekarza.

Ocena działań pielęgniarskich: Ciśnienie tętnicze nadal wysokie, utrzymuje się na poziomie 140/95 mm Hg. Pacjent ma świadomość, jakie wartości ciśnienia tętniczego są uznawane za prawidłowe. Pacjent i rodzina poinformowani o konieczności wykonywania regularnych pomiarów w domu oraz zapisywania wyników z zeszytu samokontroli, a także o regularnych wizytach w poradni kardiologicznej i systematycznym przyjmowaniu leków na nadciśnienie zgodnie z zaleceniami lekarza.

Diagnoza pielęgniarska 10: Dolegliwości bólowe spowodowane obrzękiem moszny po przebytych zakażeniu COVID-19.

Cele opieki pielęgniarskiej: Zmniejszenie obrzęku moszny, poprawa komfortu psychofizycznego pacjenta, zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- określenie nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS,
- pobranie krwi na posiew na zlecenie lekarza,
- zastosowanie chłodnych okładów,
- podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.

Ocena działań pielęgniarskich: Obrzęk utrzymuje się nadal. Problem wymaga dalszej realizacji wymienionych w interwencjach pielęgniarskich i podjętych czynności w czasie.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ograniczony kontakt werbalny spowodowany zaintubowaniem pacjenta.

Cel opieki pielęgniarskiej: Umożliwienie komunikacji pacjenta z otoczeniem.

Interwencje pielęgniarskie:

- konstruowanie w komunikacji z pacjentem pytań zamkniętych, na które odpowiedź to „tak” lub „nie”,
- stosowanie w komunikacji z pacjentem zastępczych form komunikacji, np. metod niewerbalnych – np. uścisk dłoni, układanie wyrazów i zdań poprzez wskazywanie poszczególnych liter na kartce, mrugnięcie oczami,
- podejście do pacjenta w sposób spokojny i uprzejmy,
- używanie w kontakcie z pacjentem prostych, jasnych, krótkich komunikatów,
- wsparcie psychiczne pacjenta w zakresie tego, że kłopoty z komunikacją są przejściowe,
- unikanie rozmowy o stanie zdrowia pacjenta przy pacjencie,

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent komunikuje się z personelem terapeutycznym w sposób niewerbalny, poprzez mrugnięcie oczami i uścisk dłoni. Z rodziną komunikuje się za pomocą telefonu.

Diagnoza pielęgniarska 12: Ryzyko wystąpienia hiperglikemii spowodowanej brakiem kontroli nad stanem zdrowia w przebiegu cukrzycy.

Cele opieki pielęgniarskiej: Utrzymanie poziomu glikemii w normie.

Interwencje pielęgniarskie:

- ustalenie przyczyny hiperglikemii,
- rozmowa z pacjentem na temat wiedzy dotyczącej obliczania dawki insuliny oraz sposobu jej podawania,
- poinformowanie pacjenta o prawidłowych wartościach glukozy we krwi,
- systematyczny pomiar poziomu glikemii,
- zapisywanie wyników pomiaru w dokumentacji medycznej pacjenta,
- podawanie leków przeciwcukrzycowych na zlecenie lekarza,
- poinformowanie pacjenta o działaniach, które powinien podjąć w przypadku wystąpienia hiperglikemii,
- poinformowanie pacjenta o objawach świadczących o wystąpieniu hiperglikemii.

Ocena działań pielęgniarских: Poziom glikemii na poziomie 90 mg/dl. Problem wymaga kontynuacji podjętych działań w czasie.

Diagnoza pielęgniarська 13: Ryzyko zakażenia cewnika Foleya spowodowane jego niewłaściwą pielęgnacją.

Cele opieki pielęgniarської: Zmniejszenie ryzyka zakażenia, właściwa pielęgnacja cewnika Foleya.

Interwencje pielęgniarские:

- obserwacja cech zakażenia i stanu zapalnego u pacjenta (podwyższona temperatura ciała pacjenta, tachykardia, dolegliwości bólowe, obrzęk, grymas na twarzy pacjenta),
- włączenie niewielkiej ilości żurawiny do płynnej diety pacjenta,
- pobranie moczu na zlecenie lekarza,
- wymiana cewnika Foleya wg potrzeb,
- zastosowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wymiany cewnika,
- wymiana worka na mocz wg zleceń,
- zastosowanie worków do zbiórki moczu wyposażonych w zawór antyzwrotny.

Ocena działań pielęgniarских: Zakażenie nie wystąpiło. Problem wymaga dalszej obserwacji oraz kontynuacji podjętych działań w czasie.

Diagnoza pielęgniarська 14: Ryzyko wystąpienia u pacjenta rozwoju infekcji związanej z prowadzeniem wentylacji mechanicznej.

Cele opieki pielęgniarської: Zmniejszenie ryzyka rozwoju infekcji, właściwe prowadzenie wentylacji mechanicznej.

Interwencje pielęgniarские:

- przestrzeganie zasad profilaktyki zakażeń, ze szczególnym zwróceniem uwagi na higienę i dezynfekcję rąk,
- dobranie odpowiedniego rozmiaru rurek dotchawiczych, umożliwiających odsysanie podgłośniowe,
- toaleta jamy ustnej wg potrzeb – najlepiej co 6 godzin, z użyciem jednorazowych szczoteczek,
- odsysanie wydzieliny wg potrzeb – co 2 do 4 godzin,
- odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego w systemie zamkniętym,

— monitorowanie zalegań w żołądku pacjenta.

Ocena działań pielęgniarskich: Infekcja nie wystąpiła. Problem wymaga dalszej obserwacji oraz kontynuacji podjętych działań w czasie.

Diagnoza pielęgniarska 15: Ryzyko wystąpienia zakażenia przewodu pokarmowego z powodu zatkania pokarmem sondy żołądkowej.

Cele opieki pielęgniarskiej: Zmniejszenie ryzyka zakażenia, umożliwienie prawidłowego przesyłu pokarmu do żołądka przez sondę.

Interwencje pielęgniarskie:

- przepłukanie sondy wodą w objętości ok.200 ml,
- wymiana sondy żołądkowej na zlecenie lekarza,
- sprawdzenie czy sonda została umieszczona w żołądku (słuchawki, odessanie wydzieliny z sondy),
- zastosowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zakładania sondy żołądkowej

Ocena działań pielęgniarskich: Pokarm cofał się przez sondę, co świadczyło o jej zaleganiu. Podjęto decyzję o jej wymianie.

Diagnoza pielęgniarska 16: Ryzyko występowania odleżyn wynikające z unieruchomienia pacjenta w łóżku.

Cele opieki pielęgniarskiej: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia odleżyn, poprawa mobilności pacjenta w obrębie łóżka.

Interwencje pielęgniarskie:

- ❖ ocena stopnia ryzyka wystąpienia odleżyn w skali Norton,
- ❖ wykonanie toalety ciała pacjenta codziennie,
- ❖ dokładne oklepywanie miejsc narażonych na odleżyny,
- ❖ założenie materaca przeciwoleżynowego zmiennociśnieniowego na zlecenie lekarza,
- ❖ zmiana pozycji ciała pacjenta co 2 godziny,
- ❖ wzbogacenie diety pacjenta w pokarmy bogato białkowe i bogatowitaminowe.

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent narażony w bardzo wysokim stopniu na odleżyny, uzyskał 8 punktów w skali Norton. W okolicy kości ogonowej i pięt występuje zaczerwienienie, które nie blednie po ustąpieniu ucisku przez pielęgniarkę. Występują

odleżyny pierwszego stopnia u pacjenta. Zachęcono pacjenta do minimalnej mobilności w obrębie łóżka podczas zmiany pozycji ciała. Jest to utrudnione ze względu na jego wagę – otyłość olbrzymia. Problem wymaga dalszej obserwacji i kontynuacji działań w czasie.

Diagnoza pielęgniarska 17: Ryzyko wystąpienia zakażenia cewnika centralnego spowodowane jego niewłaściwą pielęgnacją.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zmniejszenie ryzyka zakażenia.

Interwencje pielęgniarskie:

- dezynfekcja wkłucia centralnego przed i po podaniu leków za pomocą octeniseptu,
- stosowanie zasad aseptyki oraz antyseptyki podczas podawania leków przez wkłucie centralne,
- obserwacja objawów świadczących o zakażeniu występujących u pacjenta – ból, zaczerwienienie, tachykardia, grymasy na twarzy,
- pobranie krwi na posiew na zlecenie lekarza,
- podanie leków na zlecenie lekarza,
- wymiana cewnika co 3-4 dni wg potrzeb i na zlecenie lekarza.

Ocena działań pielęgniarskich: Zakażenie nie wystąpiło. Problem wymaga dalszej obserwacji i kontynuacji działań w czasie.

Diagnoza pielęgniarska 18: Możliwość wystąpienia depresji z powodu poczucia osamotnienia oraz hospitalizacji.

Cele opieki pielęgniarskiej: Zapewnienie pacjentowi komfortu psychicznego, zmniejszenie ryzyka wystąpienia depresji.

Interwencje pielęgniarskie:

- towarzyszenie pacjentowi w ciągu dnia,
- informowanie pacjenta o celu wykonania procedury,
- umożliwienie pacjentowi kontaktu z lekarzem prowadzącym,
- umożliwienie pacjentowi kontaktu z członkami rodziny, najbliższymi przyjaciółmi oraz pacjentami na sali,
- zapewnienie kontaktu pacjenta z psychologiem,
- zapewnienie pacjentowi możliwości realizacji praktyk religijnych,
- umożliwienie pacjentowi wypoczynku.

Ocena działań pielęgniarских: Depresja nie wystąpiła. Nastroj pacjenta umiarkowany- w rozmowie z członkami zespołu terapeutycznego, wykazuje postawę otwartą i komunikatywność. Utrzymuje stały kontakt z rodziną za pomocą systemów teleinformatycznych (telefon, Internet). Problem wymaga dalszej obserwacji oraz realizacji podjętych działań w czasie.

Diagnoza pielęgniarська 19: Brak dostatecznej wiedzy i umiejętności w zakresie leczenia, skutków ubocznych i samokontroli związanej z nadciśnieniem tętniczym.

Cele opieki pielęgniarskiej: Poszerzenie wiedzy pacjenta na temat postępowania związanego z nadciśnieniem tętniczym, przedstawienie mu dalszych wskazówek pielęgnacyjnych, pogłębienie umiejętności pacjenta w zakresie samokontroli ciśnienia tętniczego.

Interwencje pielęgniarские:

- poinformowanie na temat samej choroby jaką jest nadciśnienie tętnicze, z uwzględnieniem konsekwencji nieprzestrzegania zaleceń lekarza,
- nauka pomiaru ciśnienia tętniczego,
- wprowadzenie dzienniczka kontroli ciśnienia tętniczego,
- edukacja w zakresie konieczności przyjmowania przepisanych przez lekarza leków,
- poinformowanie o konieczności zmiany stylu życia,
- wprowadzenie ćwiczeń ruchowych dostosowanych do aktualnych możliwości pacjenta,
- zaproponowanie wizyty u dietetyka,
- konsultacja kardiologiczna.

Ocena działań pielęgniarских: pogłębiono wiedzę pacjenta na temat jednostki chorobowej jaką jest nadciśnienie tętnicze. Po odłączeniu od respiratora pacjent odbył konsultację z kardiologiem i rozmowę ze szpitalnym dietetykiem. Po wyjściu zobowiązał się do prowadzenia dzienniczka kontroli ciśnienia tętniczego.

Diagnoza pielęgniarська 20: Otyłość III stopnia spowodowana trybem życia i brakiem odpowiedniej aktywności fizycznej.

Cele opieki pielęgniarskiej: Pogłębienie wiedzy pacjenta na temat konieczności zmiany trybu życia i możliwych konsekwencji zdrowotnych obecnie utrzymującej się masy ciała, zmniejszenie masy ciała, poprawa aktywności fizycznej.

Interwencje pielęgniarskie:

- pomiar masy ciała,
- kontrola BMI,
- rozmowa z pacjentem na temat profilaktyki otyłości i możliwych konsekwencji zdrowotnych,
- wyeliminowanie z diety pacjenta produktów tłustych,
- zapewnienie opieki dietetyka,
- zapoznanie pacjenta z piramidą zdrowego odżywiania,
- wprowadzenie ćwiczeń ruchowych,
- zapewnienie kontaktu pacjenta z psychologiem,
- edukacja pacjenta w zakresie zdrowego odżywiania.

Ocena działań pielęgniarskich: Masa ciała pacjenta minimalnie się zmniejszyła. Pacjent został poinformowany o konieczności zmiany trybu życia i wdrożenia dobrych nawyków żywieniowych. Problem wymaga dalszej obserwacji oraz realizacji podjętych działań w czasie.

PODSUMOWANIE

COVID-19 to choroba z której skutkami społeczeństwo będzie musiało mierzyć się jeszcze długi czas, zwłaszcza pod kątem społecznym i gospodarczym. Wirus SARS-CoV-2, który pojawił się w 2019 roku szybko rozprzestrzenił się po całym świecie, wywołując pandemię. Stan ten mocno wpłynął na psychikę ludzi zaburzając dotychczas znany im spokój i stabilność i przyniósł za sobą niepewność o własne życie i zdrowie. Nowe zagrożenie, z jakim przyszło się mierzyć nie tylko przeciętnemu obywatelowi, ale również rządów poszczególnych krajów, wykazało wiele niedociągnięć, zwłaszcza w sferze ochrony zdrowia. Niewydolność istniejących systemów opieki zdrowotnej i początkowy brak skutecznego lekarstwa na chorobę poskutkowały dużą śmiertelnością.

Pandemia uwypukliła konieczność wprowadzenia zmian w funkcjonowaniu systemów ochrony zdrowia w wielu krajach, zwłaszcza wypracowania schematów działania w sytuacjach nagłego zagrożenia, obejmującego swoim zasięgiem duże ilości pacjentów. Liczba chorych, potrzebujących dostępu do wentylacji mechanicznej i kontroli lekarskich niejednokrotnie przekroczyła możliwości, jakimi dysponowała ochrona zdrowia. Dużym problemem, okazały się, zwłaszcza w polskiej ochronie zdrowia, braki w ilości personelu pielęgniarskiego. Niepokojącym zjawiskiem jest to, że w Polsce wciąż rośnie średnia wieku kobiet wykonujących

ten zawód. Pielęgniarki są przemęczone, a w okresie pandemii znajdowały się na „pierwszej linii frontu”.

Eksperti są zgodni, że chociaż pandemia sama w sobie została już opanowana, to COVID-19 nie zniknie. Kolejne pojawiające się warianty i mutacje wirusa wskazują na konieczność dostosowania się systemu ochrony zdrowia do dynamicznych zmian zachodzących na świecie i opracowywania nowych rozwiązań. Jedną z ważnych kwestii, o których nie powinno się zapominać, jest to, że w czasie pandemii, która niewątpliwie jest okresem zwiększonego ryzyka, personel medyczny winien mieć zapewnioną szeroką ochronę osobistą. To od zespołu medycznego w głównej mierze zależy wydolność ochrony zdrowia, dlatego władze powinny zadbać o zapewnienie lekarzom i pielęgniarkom dostępu do odpowiednich zabezpieczeń chroniących ich przed transmisją wirusa, co jest szczególnie istotne, mając na uwadze, że to pielęgniarki mają bezpośredni kontakt z osobami zakażonymi. COVID-19 jest chorobą pociągającą za sobą możliwość uszkodzenia różnych układów i narządów. Jak pokazały minione dwa lata, ciężki przebieg zakażenia wirusem SARS-CoV-2 występował u osób starszych i obciążonych chorobami współistniejącymi. W literaturze jest wiele opracowań dotyczących negatywnych następstw COVID-19 i wpływu choroby w szczególności na zwłaszcza na układ sercowo-naczyniowy, oddechowy i nerwowy. Osoby, które były zakażone wirusem po wyzdrowieniu nie powinny zapominać o wykonywaniu badań kontrolnych, zwłaszcza jeśli, jak w przypadku pacjenta badanego w niniejszej pracy, cierpią na choroby współistniejące. U wielu pacjentów po COVID-19 mogą występować zaburzenia neurologiczne, zwłaszcza w zakresie problemów z koncentracją, mniejszej wydajności pamięci, problemów z zapamiętywaniem, wzrasta ryzyko rozwoju depresji.

PIŚMIENNICTWO

1. Lu H., Stratton C. W., Tang Y. W.: Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan China: the mystery and the miracle. *Journal of Medical Virology* 2020; 92(4): 401–402.
2. Gémes K., Talbäck M., Modig K., et.al. Burden and prevalence of prognostic factors for severe COVID-19 in Sweden. *European Journal of Epidemiology* 2020; 35(5): 401–409.
3. Morin CM., Carrier J.: The acute effects of the COVID-19 pandemic on insomnia and psychological symptoms. *Sleep Medicine* 202; 77: 346-347.

4. Flisiak R., Horban A., Jaroszewicz J.: Zalecenia postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, na dzień 23 lutego 2022, „<https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2022/03/REKOMENDACJE-pl-w-C19-2022-23-02-2022pl-1.pdf> (data pobrania 14.05.2023)”.
5. Płusa T.: Covid-19. Patogeneza i postępowanie. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2021.
6. Szymanek-Pasternak A., Serafińska S., Kucharska M i wsp.: Severe course of coronavirus disease 2019 in a middle-aged man without risk factors. Polish Archives of Internal Medicine 2020; 130: 330-331.

Pierwsza pomoc przedmedyczna

Krzysztof Drozdowski¹, Krystyna Klimaszewska²

1. Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym pierwszą pomoc rozumiemy jako zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Powyższe czynności są wykonywane przez osobę postronną, znajdującą się w miejscu zdarzenia, również z wykorzystaniem wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych oraz produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza dopuszczonych do obrotu na terytorium Polski. Stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego nazywamy nagłe lub przewidywane w krótkim czasie pogorszenie zdrowia, które prowadzić będzie bezpośrednio do poważnego uszkodzenia funkcji organizmu lub uszkodzenia ciała lub śmierci pacjenta, wymagające udzielenia medycznych czynności ratunkowych i wdrożenia leczenia [1]. Udzielenie pierwszej pomocy przez świadków zdarzenia osobie poszkodowanej jeszcze przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego ma kluczowe znaczenie dla zdrowia i życia pacjenta. Powyższe czynności są uregulowane prawnie na podstawie Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a także na podstawie Kodeksu karnego, zgodnie z którymi każdy, kto zauważy osobę będącą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności ma obowiązek podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Udzielona pomoc nie może się ograniczać tylko i wyłącznie do wezwania na miejsce zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego, o czym mówi Kodeks karny- każdy kto nie udzieli pomocy osobie znajdującej się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub uszczerbku na zdrowiu, a mógłby jej udzielić nie narażając siebie ani nikogo innego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 [2].

Należy wspomnieć, iż zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym osoba udzielająca pierwszej pomocy korzysta z ochrony przysługującej funkcjonariuszom publicznym oraz możliwe jest poświęcenie dóbr osobistych i materialnych innej osoby, wyłączając życie i zdrowie, w zakresie niezbędnym dla ratowania życia i zdrowia poszkodowanego [2, 3]. Natomiast osoba, która poniosła szkodę na mieniu podczas udzielania pomocy osobie będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego ma prawo do roszczenia o naprawienie szkody od Skarbu Państwa [2, 3]. Warto wspomnieć o roli bezpieczeństwa własnego oraz osoby lub osób udzielających pierwszej pomocy oraz miejsca zdarzenia. Przed przystąpieniem do udzielania pierwszej pomocy należy upewnić się, że miejsce zdarzenia jest bezpieczne, ocenić czy podczas wypadku nie doszło do potencjalnie zagrażających udzielającemu pomocy i poszkodowanemu wycieków, ocenić zagrożenie pod kątem zagrożeń związanych z ogniem lub substancjami toksycznymi. Czy istnieje niebezpieczeństwo porażenia prądem lub niestabilne powierzchnie, takie jak lód. W takich wypadkach w pierwszej kolejności należy powiadomić odpowiednie służby [4]. W miarę możliwości warto zastosować środki ochrony indywidualnej, takie jak rękawiczki lub maseczkę do RKO.

ROZWINIĘCIE

Europejski Rejestr Zatrzymania Krążenia

Zgodnie z Europejskim Rejestrem Zatrzymania Krążenia (projekt EuReCa TWO, European Registry of Cardiac Arrest), w którym zgromadzono dane z 28 krajów, objęto badaniem całkowitą populację 178879118, rejestry OHCA prowadzone są w 70% krajów europejskich, OHCA wystąpiło na poziomie 37054, a RKO rozpoczęto w 25171 przypadkach. W około 50–60% przypadków (19–97 na 100 000 mieszkańców) RKO jest podejmowane lub kontynuowane przez ZRM. Wskaźnik resuscytacji krążeniowo- oddechowej wśród świadków zdarzenia wahał się pomiędzy 13- 82%, średnio 58%.

Z badań wynika, iż w 1/3 przypadków osiągnięto ROSC, a 8% pacjentów wypisano ze szpitala żywych. Wartość ta wzrastała z 8% do 14% w przypadku pacjentów, u których osoby udzielające pomocy wykonywały uciśnięcia klatki piersiowej w połączeniu z wentylacją [5].

Oczywistym jest, że udzielenie pierwszej pomocy przez osoby będące na miejscu zdarzenia jest jednym z kluczowych elementów poprawiających przeżycia także jakość życia pacjentów, którzy doświadczyli stanu nagłego zagrożenia życia [5, 6].

Łańcuch przeżycia

Czynności ratunkowe składają się z szeregu czynności, łączących poszkodowanego z przeżywalnością [4].

Pierwszym ogniwem łańcucha przeżycia jest wczesne rozpoznanie zatrzymania krążenia oraz wezwanie na miejsce służb ratunkowych. Wezwanie zespołu ratownictwa medycznego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej możliwe jest poprzez wybranie uniwersalnego numeru alarmowego 112 lub lokalnego numeru alarmowego 999. Udowodniono, że czas pomiędzy pierwszym sygnałem telefonicznym, a uzyskaniem połączenia z dyspozytornią medyczną jest znacznie dłuższy, w przypadku połączeń dwuetapowych poprzez uniwersalny numer alarmowy [6].

Jednocześnie z pierwszym ogniwem łańcucha przeżycia powinno się rozpocząć RKO. Istotne jest, aby resuscytacja krążeniowo-oddechowa została prowadzona już przez świadków zdarzenia, ewentualnie we współpracy z dyspozytorem medycznym. Drugie ogniwo łańcucha przeżycia jest niezwykle ważnym elementem, poprawiającym wskaźniki przeżycia pacjentów oraz przyczynić do zmniejszenia ubytków neurologicznych u pacjentów z ROSC [7].

Trzecim ogniwem łańcucha przeżycia jest wczesne rozpoczęcie defibrylacji. Zgodnie z przeprowadzonymi w latach 2013- 2019 badaniami stwierdzono, że RKO i użycie AED przez świadków zdarzenia jest związane z pozytywnymi wynikami klinicznymi po poza szpitalnym zatrzymaniu krążenia [6, 7].

Ostatnim, czwartym elementem łańcucha przeżycia są czynności, podejmowane przez służby medyczne. To zaawansowane zabiegi resuscytacyjne oraz opieka po- resuscytacyjna [7].

Pozycja bezpieczna

Pozycja bezpieczna (boczna ustalona), jest pozycją, w jakiej należy ułożyć poszkodowanego nieprzytomnego lub z zaburzeniami świadomości, lecz oddychającego prawidłowo. Jest to pozycja optymalna dla osób, dorosłych i dzieci, którzy nie doznali urazu fizycznego oraz nie wymagają wdrożenia czynności resuscytacyjnych [8].

Ułożenie w pozycji bezpiecznej obejmuje uklęknięcie obok leżącego z wyprostowanymi nogami chorego, ułożenie jego bliższej ręki pod kątem prostym do tułowia. Łokieć powinien być zgięty, a dłoń skierowana ku górze. Drugą rękę poszkodowanego należy przełożyć w poprzek klatki piersiowej i przytrzymać grzbietem dłoni do policzka pacjenta. Dalszą nogę poszkodowanego powinno się chwycić tuż nad kolaniem i pociągnąć ku górze, nie odrywając stopy od podłoża. Podtrzymując rękę poszkodowanego przy policzku należy pociągnąć na zgiętą kończynę dolną w swoim kierunku, tak aby poszkodowanego ułożyć na

boku. Noga powinna być zgięta w stawie biodrowym i kolanowym, głowa lekko odchylona ku tyłowi przy zachowaniu drożności dróg oddechowych. Należy regularnie sprawdzać oddech poszkodowanego [4, 5, 8].

W przypadku osób we wstrząsie optymalną pozycją jest pozycja na plecach, z kończynami dolnymi biernie uniesionymi do około 30-45 stopni. Należy każdorazowo upewnić się, że pacjent oddycha prawidłowo oraz nie doszło wcześniej do urazu [4, 5, 8].

Resuscytacja krążeniowo- oddechowa

Nagłe zatrzymanie krążenia jest to stan, w którym dochodzi do ustania lub znacznego upośledzenia mechanicznej czynności serca. Cechuje się brakiem odpowiedzi na bodźce, brakiem tętna oraz bezdechem lub oddechem nieprawidłowym [9].

NZK można podzielić na pierwotne, spowodowane przyczyną sercową oraz wtórne, które spowodowane jest przyczynami poza sercowymi [6, 7].

Do nagłego zatrzymania krążenia może dojść w mechanizmie migotania komór (VF), częstoskurczu komorowego bez tętna (VT), asystolii lub aktywności elektrycznej bez tętna (PEA). Optymalnym sposobem leczenia pierwszych dwóch jest wykonanie wczesnej defibrylacji [7, 8, 9].

Zatrzymanie krążenia rozpoznajemy u osoby, która nie reaguje, nie oddycha lub oddycha nieprawidłowo [6].

Pierwszym elementem oceny każdorazowo powinno być upewnienie się o bezpieczeństwie własnym i poszkodowanego a także miejsca zdarzenia. Następnie należy ocenić stan świadomości osoby poszkodowanej poprzez delikatne potrząśnięcie za ramiona oraz pytanie czy wszystko w porządku. W przypadku braku reakcji, układamy poszkodowanego na plecach, układamy jedną dłoń na czole, natomiast opuszkami palców drugiej delikatnie unosimy podbródek, tak aby udrożnić drogi oddechowe. Przez około 10 sekund należy ocenić oddech poszkodowanego, patrząc, słuchając oraz próbując wyczuć ruch powietrza na własnym policzku. Oddechy nieprawidłowe należy uznać za brak oddechu. W przypadku braku oddechu powinno się niezwłocznie poprosić innego świadka zdarzenia o wezwanie pogotowia ratunkowego lub zrobić to samemu, a następnie rozpocząć czynności resuscytacyjne [6, 9].

Rozsądne wydają się zastosowanie głośnika w telefonie komórkowym, w celu kontaktu z dyspozytorem medycznym [6]. Jeżeli istnieje taka możliwość, należy wysłać kogoś po AED. Aby rozpocząć uciśnięcia klatki piersiowej, powinno się uklęknąć obok osoby poszkodowanej, ułożyć dłoń na środku klatki piersiowej chorego, nasadą drugiej dłoni przykryć pierwszą i

spleść palce. Należy utrzymywać proste łokcie, zająć pozycję bezpośrednio nad klatką piersiową pacjenta i uciskać ją z częstością około 100-120 razy na minutę, na głębokość około 5 cm [9]. Po każdym uciśnięciu zwolnić nacisk, nie odrywając przy tym dłoni od powierzchni klatki piersiowej. Po wykonaniu 30 uciśnięć, w miarę możliwości połączyć uciśnięcia klatki piersiowej z oddechami ratowniczymi. W pierwszej kolejności należy ponownie udrożnić drogi oddechowe. Palcem wskazującym oraz kciukiem uciskamy skrzydełka nosa, pozwalając aby usta poszkodowanego się otworzyły, następnie nabieramy normalny oddech i obejmujemy swoimi ustami usta pacjenta. Następnie należy wprowadzić przez około 1 sekundę powietrze do ust poszkodowanego, obserwując unoszenie się klatki piersiowej. Wykonujemy 2 oddechy ratownicze. Należy pamiętać o tym, aby nie przerywać uciśnięć klatki piersiowej na więcej niż 10 sekund, nawet jeżeli wykonywane przez nas oddechy nie były efektywne. Po wykonaniu oddechów ratowniczych należy kontynuować uciskanie klatki piersiowej, wykonując kolejne 30 uciśnięć [9].

W przypadku, gdy osoba udzielająca pomocy z jakiegóż przyczyny nie chce lub nie może wykonywać oddechów ratowniczych, dopuszczalne jest uciskanie klatki piersiowej bez wykonywania oddechów ratowniczych. Jednakże zgodnie z danymi Europejskiego Rejestru Zatrzymań Krążenia nr 2 (EuReCa TWO), w którym przeanalizowano związek pomiędzy przeżyciem OHCA a dwoma rodzajami RKO prowadzonymi przez świadka zdarzenia- RKO z samym uciskaniem klatki piersiowej (CConly) i RKO z uciśnięciami klatki piersiowej uciśnięć i wentylacji (FullCPR), połączenie uciśnięć klatki piersiowej z oddechami ratowniczymi wiązało się z wyższym przeżyciem w porównaniu z samymi uciśnięciami klatki piersiowej [1].

W przypadku dostępności AED, włączamy je i przyklejamy elektrody do odsłoniętej klatki piersiowej pacjenta. W przypadku więcej niż jednej osoby udzielającej pierwszej pomocy, drugą kontynuuje RKO w czasie podłączania AED. Należy postępować zgodnie z instrukcjami dźwiękowymi i wizualnymi udzielonymi przez AED. W przypadku zaleconego wyładowania powinno się ocenić miejsce zdarzenie pod kątem bezpieczeństwa i upewnić się, czy nikt nie dotyka poszkodowanego w chwili wyładowania. Wyładowania dokonuje się włączając odpowiedni przycisk na AED, a następnie powrócić do uciskania klatki piersiowej [8].

Jeżeli defibrylacja nie jest w danej chwili zalecana, kontynuujemy RKO. Czynności resuscytacyjne prowadzimy do momentu przybycia na miejsce wykwalifikowanych służb medycznych, odzyskania przez pacjenta przytomności lub dochodzi do wyczerpania sił osoby udzielającej pomocy [4, 6].

Pacjenci szczególni

Istnieją pewne grupy pacjentów, które ze względu na odrębności anatomiczne i fizjologiczne, a także sytuacje szczególne, wymagające modyfikacji przedstawionych do tej pory algorytmów postępowania [10, 11].

Podczas udrażniania dróg oddechowych u niemowląt (od 1 miesiąca do 1 roku życia) należy zadbać o neutralną pozycję głowy. U starszych dzieci drogi oddechowe udrażniamy jak u dorosłych. Należy wspomnieć o pacjentach urazowych, u których odchylenie głowy może wiązać się z uszkodzeniem kręgosłupa i rdzenia kręgowego- w tym przypadku drogi oddechowe udrażniamy poprzez wysunięcie żuchwy [7, 11].

W przypadku dzieci i osób tonących, u których do zatrzymania krążenia dochodzi z powodu asfiksji, w pierwszej kolejności wykonujemy 5 oddechów ratowniczych. Wprowadzamy powietrze do ust dziecka (lub ust i nosa w przypadku niemowląt) przez około jedną sekundę, tak, aby klatka piersiowa uniosła się [11].

Mając do czynienia z pacjentem pediatrycznym należy również zmodyfikować sposób i ilość uciśnień klatki piersiowej. U niemowląt klatkę piersiową uciska się za pomocą dwóch kciuków. Pojedynczy ratownik może zamiennie stosować technikę uciskania dwoma palcami [11].

U dzieci powyżej pierwszego roku życia uciśnięcia klatki piersiowej prowadzimy jedną lub dwoma splecionymi rękami – w zależności od rozmiaru i rozpiętości dłoni. Po wykonaniu 15 uciśnień powinny nastąpić 2 oddechy ratownicze, a następnie należy wykonywać te czynności naprzemiennie (w cyklu 15:2) [11].

W przypadku osób nieprzeszkolonych dopuszczalne jest stosowanie algorytmu dla dorosłych [4]. Udzielając pomocy pacjentce ciężarnej, należy zwrócić uwagę na odrębności anatomiczne i fizjologiczne- powiększająca się w okresie ciąży macica powoduje zmniejszenie powrotu żylnego i rzutu serca uciskając aortę oraz żyłę główną dolną, a co za tym idzie spada skuteczność prowadzonego RKO. W tym przypadku skutecznym manewrem może okazać się ułożenie pacjentki na lewej stronie ciała [12].

Zaawansowane czynności resuscytacyjne

Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne (Advanced Life Support – ALS) są to zaawansowane interwencje wykonywane po rozpoczęciu podstawowych zabiegów resuscytacyjnych oraz użyciu automatycznej defibrylacji zewnętrznej (Automated External Defibrillation – AED). Obejmują one przyrządowe udrożnienie dróg oddechowych, zastosowanie leków oraz płynoterapii, a także defibrylacji czy tlenoterapii czynnej [1, 7].

W wytycznych resuscytacji 2021 zwrócono uwagę na objawy ostrzegawcze przed nagłym zatrzymaniem krążenia, dzięki czemu w wielu przypadkach zatrzymaniu krążenia można zapobiec. Mowa tu o objawach takich jak omdlenie, ból w klatce piersiowej, uczucie kołatania serca [1].

Kolejną z kluczowych zmian, która dotyczy zarówno zaawansowanych czynności resuscytacyjnych jak i pierwszej pomocy, jest nacisk na wykonywanie wysokiej jakości uciśnień klatki piersiowej z minimalizacją przerw, wczesna defibrylacja oraz leczenie odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia. Działania te pozostają priorytetem, a znajomość udzielania zasad pierwszej pomocy koreluje z zaawansowanymi czynnościami ratującymi życie [5].

Odwracalne przyczyny zatrzymania krążenia obejmują tak zwane reguły 4T (zaburzenia zatorowo-zakrzepowe, tamponada osierdzia, zatrucia, odma) oraz 4H (hipoksja, hipowolemia, hipotermia, zaburzenia metaboliczne) [13].

Pierwsza pomoc w wybranych sytuacjach

Omdlenie

Omdlenie definiujemy jako przejściową utratę przytomności w wyniku zmniejszonej perfuzji mózgowej (ustanie mózgowego przepływu krwi na ok 6-8 sekund lub spadek w dostawie tlenu do mózgu o 20%) [14].

Stan przed-omdleniowy to stan, w którym pacjent czuje, że w najbliższym czasie dojdzie do omdlenia. Występują objawy prodromalne, takie jak zawroty głowy, nudności, pocenie się, mroczki przed oczami i uczucie zbliżającej się utraty przytomności [14].

Omdlenia najczęściej występują u osób młodych oraz w wieku podeszłym. Obserwuje się również większą tendencję do omdleń w grupie kobiet niż mężczyzn. 30% przypadków zgłoszeń do SOR jest związane z urazami powstałymi w wyniku omdlenia [8].

Przyczyną połowy przypadków omdleń jest zespół wazowagalny, w przebiegu którego, w wyniku pionizacji pacjenta dochodzi do odruchowego spadku ciśnienie tętniczego krwi lub bradykardii. Jest to najczęstsza przyczyna omdleń o osób młodych, wiążą się zwłaszcza z dłuższym pozostawaniem w pozycji stojącej, ale mogą również dotyczyć sytuacji związanych z silnym stresem lub w wyniku zadziałania bodźca bólowego [15].

Do innych przyczyn zaliczamy hipotonię ortostatyczną, spowodowaną są źle dobranymi lekami: rozszerzającymi naczynia, diuretykami, przeciwdepresyjnymi lub w przebiegu wymiotów, biegunek, krwawień, którym towarzyszy zmniejszenie objętości wewnątrznaczyniowej [15].

Przyczyny kardiologiczne wymieniane są jako ostatnia grupa stanów prowadzących do omdlenia. Zaliczamy tu zaburzenia rytmu serca- bradyarytmie, tachyarytmie, a także strukturalne choroby serca [15].

W praktyce klinicznej zdarza się mylić omdlenia z innymi stanami chorobowymi. Podejrzewając omdlenie, należy je różnicować z jednostkami chorobowymi takimi jak: stany napadowe bez utraty przytomności (upadki, katapleksja, napady padania, psychogenne omdlenie rzekome) i z częściową lub całkowitą utratą przytomności (zaburzenia metaboliczne [hipoglikemia, hipoksja, hiperwentylacja z hipokapnią], padaczka, zatrucia) [16].

W wyniku przeprowadzonych badań klinicznych ustalono, iż fizyczne manewry przeciwcisnienia mogą być skuteczną metodą w zapobieganiu omdleniom, jeżeli zostaną zastosowane w fazie prodromalne [14].

Do fizykalnych manewrów przydatnych w zapobieganiu omdleniom należą: skurcz dużych grup mięśniowych kończyn górnych, dolnych lub brzucha poprzez napinanie, przysiady, krzyżowanie nóg, ucisk na brzuch lub ściskanie dłoni [17].

Pierwsza pomoc w omdleniach obejmuje przede wszystkim upewnienie się o bezpieczeństwie własnym oraz poszkodowanego, następnie należy ocenić stan świadomości, delikatnie potrząsając za ramię i pytając „ jak się Pan/Pani czuje oraz poszczególne funkcje życiowe, zgodnie ze schematem BLS- drożność dróg oddechowych, częstość i jakość oddechów oraz krążenie [8].

Należy udrożnić drogi oddechowe (po urazach, zwłaszcza podejrzewając uraz głowy i kręgosłupa szyjnego nie należy odginać i poruszać głowy głową poszkodowanego), sprawdzić, czy poszkodowany oddycha. Jeśli nie oddycha, rozpocząć resuscytację zgodnie z algorytmem BLS [9].

W przypadku, gdy utrata przytomności nastąpiła w następstwie urazu albo podejrzewa się uraz głowy lub kręgosłupa szyjnego powinno się manualnie stabilizować odcinek szyjny kręgosłupa [12].

Po ocenie wstępnej, gdy nie stwierdza się nagłego zatrzymania krążenia, urazu lub drgawek, wskazane jest ułożenie pacjenta z kończynami dolnymi uniesionymi o około 30- 40 centymetrów. Zastosowanie takiego ułożenia pacjenta może być pomocne w

hipotensji, należy jednak pamiętać, że nie będzie ona pomocna u pacjentów z dusznością oraz o przeciwwskazaniach do jej zastosowania [15].

W sytuacji, gdy utrata przytomności trwa dłużej, a nie stwierdzono zatrzymania krążenia, pacjent nie doznał urazu oraz oddycha samodzielnie, należy ułożyć go w pozycji bezpiecznej oraz wezwać na miejsce wykwalifikowaną pomoc medyczną [17].

Przez cały warto pamiętać o ochronie pacjenta przez czynnikami zewnętrznymi, takimi jak niskie lub wysokie temperatury, mogące prowadzić do wychłodzenia lub przegrzania chorego [17].

Niedrożność dróg oddechowych spowodowana ciałem obcym

Niedrożność dróg oddechowych spowodowana ciałem obcym (Foreign Body Airway Obstruction – FBAO), nadal stanowi powszechną przyczynę zgonów- największy problem stanowi u dzieci oraz osób w podeszłym wieku. Są to również przypadki, których można uniknąć już na etapie udzielania pierwszej pomocy [18].

Najczęściej do zadławienia odchodzi podczas spożywania posiłków lub w przypadku dzieci, podczas zabawy. Większość takich sytuacji ma miejsce w obecności osób trzecich, które po wystąpieniu pierwszych objawów, mogłyby z powodzeniem udzielić pomocy osobie poszkodowanej [11].

Istnieje szereg czynników ryzyka niedrożności dróg oddechowych spowodowanej ciałem obcym. Należą do nich pacjenci nadużywający alkoholu, zażywający środki psychotropowe, choroby neurologiczne, z którymi wiąże się zniesienie odruchu połknięcia i kaszlu, niepełnosprawność intelektualna i rozwojowa, demencja, podeszły wiek. Niedrożność dróg oddechowych jest przeważnie spowodowana pokarmami stałymi niewielkich rozmiarów, takimi jak orzechy, winogrona lub w przypadku dzieci części zabawek, monety, klocki [19].

Niedrożność dróg oddechowych można podzielić na częściową (łagodną) i całkowitą (ciężką). O niedrożności częściowej mówimy, gdy światło dróg oddechowych nie jest całkowicie zamknięte i jest możliwy przepływ powietrza przez drogi oddechowe. Podczas tego rodzaju niedrożności występuje charakterystyczny odruch obronny, czyli kaszel [16]. Z całkowitą niedrożnością mamy do czynienia, gdy światło dróg oddechowych jest zamknięte, co uniemożliwia przepływ powietrza. Nieleczona całkowita niedrożność dróg oddechowych prowadzi do hipoksji, w następstwie której dochodzi do utraty przytomności oraz nagłego zatrzymania krążenia [18].

W przypadku podejrzenia zadławienia warto zapytać poszkodowanego- „ czy się zadławiłeś?”. Jeżeli poszkodowany odpowiada na pytanie, kaszle i oddycha, możemy stwierdzić częściową niedrożność dróg oddechowych [20].

Analiza dokumentacji pacjentów z niedrożnością dróg oddechowych pozwoliła wykazać, iż obecność świadka zdarzenia i usunięcie przyczyny niedrożności dróg oddechowych przez osoby postronne na miejscu wypadku poprawia rokowania u pacjentów z niedrożnością dróg oddechowych spowodowaną ciałem obcym [20].

Należy zwrócić uwagę na odrębności anatomiczne u dzieci. U najmłodszych dzieci, szczyt nagłośni znajduje się na wysokości pierwszego kręgu, co może sprzyjać niedrożności dróg oddechowych spowodowanej obrzękiem tkanek miękkich. Dziecko do 1 roku życia oddycha przez nos, więc każda blokada w obrębie jamy nosowej będzie również prowadzić do niedrożności [11].

Drogi oddechowe u dziecka są krótsze, krtań leży w bliskim sąsiedztwie jamy nosowo-gardłowej, co sprzyja rozwojowi infekcji. Nawet niewielki stan zapalny może prowadzić do obrzęku błony śluzowej, a co za tym idzie zmniejszonej średnicy dróg oddechowych i utrudnionego przepływu powietrza [5].

W przypadku osoby przytomnej, powinna być ona zachęcana do kaszlu, który generuje ciśnienie w drogach oddechowych i ułatwia wydalanie ciała obcego. Jeżeli kaszel nie jest efektywny lub poszkodowany ulega zmęczeniu, należy wykonać do pięciu uderzeń w okolicę międzyłopatkową. W przypadku nieskuteczności wykonujemy pięć uciśnień nadbrzusza. Gdyby zarówno uderzenia w plecy, jak i uciśnięcia nadbrzusza okazały się nieskuteczne, należy wykonać kolejne serie pięciu uderzeń w okolicę międzyłopatkową naprzemiennie z pięcioma uciśnięciami nadbrzusza [4, 7, 9].

Jeżeli na którymś etapie postępowania pacjent straci przytomność i przestanie oddychać lub stwierdzimy, że oddech jest nieprawidłowy, przechodzimy do uciśnień klatki piersiowej zgodnie ze schematem BLS [8].

Próba usunięcia ciała obcego palcem „na ślepo” może pogłębić niedrożność lub doprowadzić do urazu tkanek miękkich. Próby usunięcia ciała obcego należy podejmować wyłącznie, gdy materiał powodujący niedrożność jest widoczny w jamie ustnej poszkodowanego [20].

Drgawki

Drgawki definiowane są jako postać napadu padaczkowego, cechujące się mimowolnymi skurczami mięśni szkieletowych [7]. Spowodowane są nieprawidłowymi wyładowaniami neuronów kory ruchowej. Jeżeli nieprawidłowe wyładowania rozprzestrzeniają się na całą korę mózgową, dochodzi do zaburzeń lub utraty świadomości. Napadowe wyładowania neuronów nieobejmujące kory ruchowej mogą być przyczyną napadów niedrgawkowych, powodujących utratę przytomności (np. napady nieświadomości) lub inne zaburzenia napadowe (np. nienaturalne zachowanie, omamy wzrokowe lub słuchowe, zaburzenia mowy) [21].

Napadowe wyładowania neuronów występują samoistne w wyniku wzrostu pobudliwości wynikającej z predyspozycji genetycznej lub zmian strukturalnych (drgawki nieprovokowane), występują w odpowiedzi na określone bodźce, powtarzalne u danego pacjenta (drgawki odruchowe), lub są efektem zadziałania czynnika stresowego, powodującego zaburzenie czynności elektrycznej neuronów (drgawki provokowane) [21].

Przyczyny wystąpienia drgawek:

- zaburzenia metaboliczne
- uraz
- udar
- niedotlenienie
- zatrucie (leki, alkohol)
- zapalenie opon mózgowo- rdzeniowych
- padaczka
- gorączka (drgawki gorączkowe występujące pomiędzy 6 miesiącem a 6 rokiem życia)
- predyspozycja genetyczna [8].

W zależności od etiologii przebieg napadu drgawek może mieć różny przebieg. W przypadku padaczki najczęściej mamy od czynienia z napadem toniczno-klonicznym, którego pierwszą fazę- toniczną cechuje duże napięcie mięśniowe oraz prężenia. z wyprostowaniem kończyn oraz nienaturalnym przeprostem szyi z wygięciem głowy w tył. Często dochodzi do bezdechu oraz sinicy. Zazwyczaj faza ta trwa od kilku do kilkunastu sekund. Następnie występuje faza kloniczna, czyli faza drgawek uogólnionych, podczas której dochodzi do nagłych, nieuporządkowanych skurczy mięśni. Tak jak wcześniej, może wystąpić sinica, bezdech, ślinotok, często również dochodzi do przygryzienia języka. Faza kloniczna może trwać nawet do kilkunastu minut. Dochodzi w niej często do mimowolnego oddania moczu, zaburzeń świadomości oraz niepamięci wstecznej u pacjenta. Po ustaniu drgawek powrót

świadomości następuje powoli, pacjent jest splątany i spowolniały. Bardzo częstym zjawiskiem podczas drgawek jest wtórny uraz głowy [8, 21].

Przedłużający się napad drgawek lub wystąpienie kilku napadów po sobie bez odzyskiwania przez chorego przytomności klasyfikowane jest jako stan padaczkowy [7].

Należy wspomnieć o powszechnym problemie, jakim są drgawki gorączkowe. Według The International League Against Epilepsy drgawki gorączkowe określane są jako „napady drgawkowe związane z chorobą przebiegającą z gorączką, którym nie towarzyszy zakażenie ośrodkowego układu nerwowego, ani ostre zaburzenia elektrolitowe; dotyczą dzieci po 1. miesiącu życia, u których uprzednio nie występowały napady drgawkowe niezwiązane z gorączką” [21]. Dolną granicę temperatury, przy której mówimy o drgawkach gorączkowych określono na 38 lub 38,4 stopni Celsjusza. Główną przyczyną wystąpienia drgawek jest dynamika wzrostu temperatury, a nie tylko jej wysokość. Dlatego zawsze należy pamiętać o zapobieganiu nagłemu wzrostowi temperatury poprzez stosowanie powszechnie dostępnych leków przeciwgorączkowych oraz zimne okłady [22].

Prawidłowe postępowanie w przypadku wystąpienia drgawek obejmuje: udrożnienie dróg oddechowych poprzez odgięcie głowy pacjenta do tyłu oraz wysunięcie żuchwy a następnie podłożenie pod głowę miękkiego materiału w celu ochrony przed urazami. W przypadku silnego ślinotoku lub wymiotów powinno się odwrócić delikatnie głowę pacjenta na bok, tak, aby wydzielina swobodnie wypłynęła z jamy ustnej i zminimalizować ryzyko zachłyśnięcia się. Należy zapewnić pacjentowi komfort termiczny- chronić przed wychłodzeniem albo przegrzaniem oraz regularnie oceniać oddech. W przypadku braku oddechu natychmiast podjąć czynności resuscytacyjne. W przypadku, gdy napad drgawek wystąpił u nieznanej nam osoby, napad drgawek wystąpił po raz pierwszy w życiu lub stwierdzamy wystąpienie stanu padaczkowego- zawsze należy wezwać Zespół Ratownictwa Medycznego [5].

Oparzenia

Oparzeniem nazywamy uszkodzenie skóry, tkanki podskórnej a nawet narządów wewnętrznych spowodowane przez czynnik cieplny, chemiczny lub elektryczny [8]. W Polsce największą grupą, którą dotykają oparzenia są dzieci i stanowią one prawie 35% pacjentów w ciągu roku. Największym odsetkiem jeżeli chodzi o rodzaj oparzeń są oparzenia termiczne, które stanowią niemal 90% przypadków [16].

Możemy wyróżnić 3 główne typy oparzeń- termiczne, chemiczne i elektryczne. Oparzenia termiczne są spowodowane przez gorące płyny, kontakt z parą wodną, gorącymi tłuszczami, powstają w wyniku kontaktu skóry z gorącymi przedmiotami lub w wyniku bezpośredniego kontaktu ciała z ogniem. Oparzenia chemiczne są wywołane przez kontakt organizmu z substancjami chemicznymi, często żrącymi, kwasami czy zasadami. W ich przypadku stopień ciężkości zależy nie tylko od powierzchni, na którą zadziałało czynnikiem chemicznym, ale w głównej mierze od rodzaju i stężenia środka chemicznego. W przypadku kontaktu skóry z niektórymi zasadami może dojść do powstania martwicy rozplywowej. Ostatnim rodzajem oparzeń są oparzenia elektryczne, które mają najmniejszy wpływ wizualny na skórę ale wywołują szereg zmian w głębszych tkankach i narządach. W oparzeniach elektrycznych im większe napięcie prądu oddziałuje na poszkodowanego, tym obszar oparzenia jest większy [23].

Do oceny rozległości i procesu gojenia oparzeń wykorzystuje się 4-stopniową skalę. Oparzenie pierwszego stopnia obejmuje naskórek i powierzchowne warstwy skóry właściwej, objawia się zaczerwienieniem oparzonego miejsca, bólem i lekkim pieczeniem. Proces gojenia zajmuje około tygodnia i zazwyczaj nie pozostawia po sobie trwałych blizn. Drugi stopień oparzeń zajmuje naskórek i skórę właściwą. Charakterystyczne dla tego stopnia jest pojawienie się na powierzchni skóry pęcherzy z płynem surowicznym, które po pęknięciu odsłaniają warstwy skóry właściwej. W cięższych przypadkach dochodzi do martwicy i zniszczenia zakończeń nerwowych, przez które pacjent ma upośledzone odczuwanie bólu. Proces gojenia jest dłuższy, trwa od 2 tygodni do nawet miesiąca i może pozostawiać blizny. Bardzo ważne jest przestrzeganie zasad higieny i sterylności rany aby nie doszło do zakażenia, które wydłuży proces gojenia. Oparzenie trzeciego stopnia sięga głębiej- oprócz skóry dotyczy również mięśni i powięzi. Na powierzchni rany można zauważyć ciemny, brunatny strup, który sugeruje martwicę tkanek. Pacjent praktycznie nie odczuwa bólu, ponieważ zakończenia nerwowe w skórze zostały zniszczone. Proces leczenia jest bardzo długi, zależny od powierzchni, która uległa oparzeniu. W tym przypadku stosuje się specjalistyczne opatrunki i środki farmakologiczne, a nawet przeszczepy skóry. Najpoważniejsze jest oparzenie czwartego stopnia, które jest całkowitym zwęgleniem tkanek, a swoim obszarem może obejmować tkanki i narządy aż do kości. W wielu przypadkach są to oparzenia śmiertelne lub prowadzące do amputacji kończyn [7, 8].

Postępowanie w pierwszej pomocy zależy od rodzaju oparzenia, miejsca oparzenia i rozległości. Powierzchnię oparzenia można obliczyć za pomocą reguły dziewiątek Wallace'a i reguły dłoni. Pierwsza z metod odnosi się do osób dorosłych i dzieci powyżej 14 roku życia.

Jeżeli przyjmiemy, że całe ciało człowieka to 100% to według tej zasady poszczególne obszary ciała wynoszą: głowa i kończyny górne po 9%, przód i tył tułowia po 18%, kończyny dolne-każda 18% i krocze 1%. W przypadku oceny dzieci stosuje się zasadę dłoni- uznaje się, że powierzchnia oparzenia, która jest wielkości dłoni opatrzonemu to 1% powierzchni ciała [16].

Postępowanie w pierwszej pomocy w przypadku oparzeń zależy od rodzaju oparzenia. W przypadku oparzenia termicznego ważne jest aby zidentyfikować źródła oparzenia i czas jego działania, oraz upewnić się, że miejsce w którym znajduje się uszkodzony jest bezpieczne. Następnie należy zająć się ubraniem, które jest objęte pożarem lub stopieniem- należy połać ubranie wodą, rozciąć zbyt ciasną odzież, zdjąć biżuterię. Nie odrywamy ubrań, które już przyczepiły się do skóry. Zapewniamy komfort cieplny uszkodzonymu i polewamy oparzenie miejscowo letnią, bieżącą wodą przez około 20 min. Po ochłodzeniu ranę zaopatrujemy za pomocą suchych jałowych gazików. Jeżeli oparzenie jest rozległe, dotyczy dziecka lub osób z chorobami i objawami współistniejącymi zawiadamiamy służby medyczne i wykonujemy regularną ocenę oddechu. W przypadku braku oddechu przechodzimy do RKO [23].

W przypadku oparzenia chemicznego należy zadbać przede wszystkim o bezpieczeństwo własne i uszkodzonego- jeżeli czynniki chemiczne nie zostały wyeliminowane z otoczenia musimy zaopatrzyć się w rękawice, okulary oraz odzież ochronną. Ważne jest zidentyfikowanie substancji chemicznej i pozostawienie opakowania dla służb medycznych, co pomoże w dalszym leczeniu oparzeń. Należy delikatnie zdjąć ubranie, na których znajduje się substancja chemiczna i powiadomić niezwłocznie służby medyczne. Możemy obficie polewać oparzoną skórę wodą, ograniczając kontakt wody z raną ze skórą zdrową. Gdy nie mamy dostępu do wody możemy spróbować usunąć substancję chemiczną przy pomocy jałowych gazików. Jeżeli doszło do oparzenia przełyku nie wywołujemy wymiotów. Jeżeli oparzenie zostało wywołane przez wapno gaszone nie polewamy wodą tego miejsca. Zapewniamy komfort termiczny uszkodzonymu, jeżeli chory jest przytomny i oddycha układamy w pozycji bezpiecznej, a jeżeli dochodzi do zatrzymania oddechu natychmiastowo przechodzimy do RKO [24].

Przy oparzeniach elektrycznych trzeba zidentyfikować i odłączyć źródło prądu. Upewniamy się, czy w miejscu zdarzenia jest bezpiecznie- czy doszło do odcięcia prądu i czy w pomieszczeniu nie znajduje się woda, która dobrze przewodzi prąd i może doprowadzić do uszczerbku na naszym zdrowiu. Nie dotykamy uszkodzonego, który dalej jest podłączony do prądu. Dbamy o komfort psychiczny i termiczny osoby uszkodzonej, zawiadamiamy odpowiednie służby. Jeżeli chory jest nieprzytomny i oddycha układamy go w pozycji

bezpiecznej, jeżeli nie oddycha to rozpoczynamy resuscytację krążeniowo-oddechową [7, 8, 16].

Krwawienie z nosa

Krwawienie z nosa jest dość częstym przypadkiem w codziennym życiu. Szczególnie często występuje u dzieci i osób starszych. Przyczyną krwawienia są: urazy w okolicy nosa i głowy, wzrost ciśnienia krwi, wysuszenie błony śluzowej nosa, zbyt częste dmuchanie nosa, zapalenie błony śluzowej, nowotwory i zaburzenia krzepnięcia. Masywne i długotrwałe krwawienie z nosa może doprowadzić do dużej utraty krwi i wstrząsu. Należy uczulić poszkodowanego, że nie należy połykać spływającej do gardła krwi, ponieważ może być to przyczyną nudności i wystąpienia w wymiotów [25].

Pierwsza pomoc w krwawieniu z nosa polega na zadbaniu o bezpieczeństwo własne - założenie rękawiczek i ewentualnych okularów ochronnych, ze względu na kontakt z krwią poszkodowanego. Należy polecić poszkodowanemu, by usiadł z głową wysuniętą do przodu, lekko pochyloną, tak, jakby chciał powąchać coś co znajduje się przed nim. Pozycja ta zmniejsza napływ krwi do nosa. Należy ścisnąć dwoma palcami skrzydełka nosa przez około 10 min, co spowoduje zminimalizowanie krwotoku. Można położyć chłodzący kompres na czoło i nasadę nosa. Jeżeli krwawienie nie ustępuje w przeciągu 20 min należy zadzwonić po pomoc lub udać się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego [10].

Złamania

Złamanie to całkowite lub częściowe zerwanie ciągłości kości, które spowodowane może być czynnikiem mechanicznym lub patologią organizmu, np. nowotworami, chorobami reumatycznymi, metabolicznymi. Mogą wyglądać dramatycznie i powodować duży ból i dyskomfort poszkodowanego, ale rzadko powodują stan zagrożenia życia. Złamanie może doprowadzić do zaburzeń w obrębie przyległych stawów lub mięśni. Poważne złamania, takie jak złamanie kości miednicy lub złamanie, któremu towarzyszy duże krwawienie tętnicze i zespół zmiążdżenia mogą doprowadzić do zagrożenia stanu życia lub do amputacji kończyny [12].

Złamania możemy podzielić na złamania otwarte i zamknięte. Złamanie zamknięte występuje wtedy, gdy kość została uszkodzona, ale nie naruszyła ciągłości skóry. O złamaniu otwartym mówimy w sytuacji gdy uszkodzona kość wystaje lub przebiła skórę i ma kontakt ze środowiskiem zewnętrznym. Złamania otwarte dodatkowo mogą prowadzić do wniknięcia

drobnoustrojów chorobotwórczych do organizmu i doprowadzić do zakażenia i późniejszych trudności w gojeniu i powrocie funkcji motorycznych kończyny [12].

Do objawów złamań możemy zaliczyć: deformacje w miejscu urazu, nienaturalne ułożenie kończyny, zasinienie, obrzęk i ból, zaburzenia ruchomości i zmniejszenie zakresu ruchomości kończyny [24].

Postępowanie w przypadku złamań kończyn obejmuje:

- ocenę ogólną stanu pacjenta,
- lokalizację urazu i jego rozległości,
- działanie według reguły Potta, która mówi o tym aby unieruchomić złamaną kość wraz z dwoma sąsiadującymi z nią stawami,
- usuwamy z kończyny dotkniętej urazem biżuterię i buty,
- jeżeli doszło do złamania otwartego zaopatrujemy je jałowymi opatrunkami i stabilizujemy złamanie z pozostawieniem odłamów w pozycji zastanej,
- nie należy zmieniać pozycji kończyny i zostawić ją w pozycji zastanej,
- zawiadamiamy służby medyczne lub mając taką możliwość samodzielnie zgłaszamy się na Szpitalny Oddział Ratunkowy,
- dbamy o komfort psychiczny i termiczny poszkodowanego,
- aby uniknąć niedokrwienia i zmniejszyć dolegliwości bólowe można kończynę obłożyć lodem [12].

Urazy głowy

Urazy powodujące obrażenia głowy wymagają szczególnego postępowania- każdy uraz głowy jest traktowany jako potencjalnie niebezpieczny i jest wskazaniem do wezwania pogotowia [24]. Z urazami głowy możemy spotkać się na każdym kroku, może do nich dojść podczas zwykłego upadku, wypadku komunikacyjnego czy podczas uprawiania sportu. Na tego typu urazy narażone są szczególnie dzieci i osoby z zaburzeniami równowagi. Najbardziej groźne są sytuacje, w których głowa ulega gwałtownemu przyspieszeniu lub zatrzymaniu, dochodzi wtedy do powstania różnicy prędkości w jakiej przesuwa się czaszka, a w niej mózg, w rezultacie dochodzi do stłuczenia mózgu wywołanego bezpośrednio uderzeniem a po przeciwnej stronie tkanki zostają uszkodzone przez silne napięcie. Należy pamiętać, że rozległość i stopień uszkodzeń mózgu nie zawsze są wprost proporcjonalne do siły uderzenia- nawet upadek z niewielkiej wysokości czy uderzenie może powodować taki rozkład sił, że dojdzie do silnego uszkodzenia mózgu [8].

Wyróżniamy następujące rodzaje urazów głowy:

- wstrząśnienie mózgu, które powoduje przejściowe zaburzenie pracy mózgu, ale nie dochodzi tutaj do uszkodzenia tkanek, objawia się bólami głowy, niepamięcią wypadku i ogólną dezorientacją,
- krwiak w obrębie czaszki, może współwystępować ze wstrząśnieniem, dochodzi do zasinienia i opuchlizny w miejscu urazu, w przypadku rozcięcia skóry dochodzi do krwotoku,
- krwiak wewnątrzczaszkowy, w tej sytuacji dochodzi do uszkodzenia mózgu i jest to stan zagrożenia życia, poszkodowany może mieć niedowład kończyn i zaburzenia świadomości,
- złamania kości czaszki, mogą towarzyszyć powyższym rodzajom uszkodzeń, w przypadku złamań otwartych ważne jest prawidłowe i sterylne opatrzenie rany aby zniwelować zakażenie struktur wewnątrzczaszkowych [25].

Do objawów urazów głowy zaliczamy: utratę przytomności, niepamięć wsteczną, ból głowy, mdłości, wymioty, wysięk z nosa lub ucha, ogólną dezorientację, podwyższone tętno, różnice w wielkości źrenic oczu [7].

Pierwsza pomoc w urazie głowy polega na ocenie miejsce zdarzenia i zadbaniu o własne bezpieczeństwo. Należy zebrać wywiad medyczny, szczególną uwagę zwracając na mechanizm urazu, a następnie zadzwonić po zespół ratownictwa medycznego. Oceniamy stan świadomości poszkodowanego i w przypadku wystąpienia krwotoków tamujemy ranę jałowym opatrunkiem. W przypadku stwierdzenia braku oddechu przechodzimy do wykonywania resuscytacji krążeniowo-oddechowej [4].

Wypadek komunikacyjny

Każdy wypadek komunikacyjny jest inny i wymaga od świadków czy osób postronnych innego postępowania. Innych obrażeń możemy spodziewać się w wypadku dwóch samochodów, a innych w przypadku potrącenia pieszego. Nasze działanie będzie inne w terenie zabudowanym, na autostradzie czy w przypadku aut przewożących substancje niebezpieczne. Osoby posiadające wysoką wiedzę z zakresu zasad udzielania pierwszej pomocy będą potrafiły zachować się podczas każdego wypadku komunikacyjnego, stosując się do głównych zaleceń postępowania w takiej sytuacji [24]. Najważniejsze jest zadbanie o bezpieczeństwo własne, innych świadków zdarzenia i osób poszkodowanych oraz wezwanie na miejsce służb ratunkowych. Odpowiednio zabezpieczamy miejsce zdarzenia- parkujemy swój samochód w bezpiecznej odległości, rozkładamy trójkąt i nakładamy kamizelkę odblaskową, włączamy światła awaryjne i wyłączamy silnik [23]. Wzywając pomoc na miejsce należy powiedzieć ilu jest poszkodowanych i w jakim są stanie, czy mogą wyjść z pojazdu o własnych siłach, czy

niezbędne będzie użycie specjalistycznego sprzętu do ewakuacji poszkodowanych. Jeżeli w miejscu, w którym doszło do wypadku nie czujemy się bezpiecznie, widzimy dym lub wyciekające płyny eksploatacyjne możemy odstąpić od działań pierwszej pomocy, dbamy o własne bezpieczeństwo. To jak będziemy działać po wezwaniu odpowiednich służb i zabezpieczenia miejsca wypadku jest zależne od stanu poszkodowanych [4].

PODSUMOWANIE

Pierwsza pomoc to ogół czynności podejmowanych przez świadków zdarzenia celem ratowania zdrowia i życia poszkodowanych. Wiedza społeczeństwa na temat prawidłowego udzielania pomocy jest sprawą niezwykle istotną i przyczynia się do zwiększenia bezpieczeństwa. Każdy obywatel ma prawny obowiązek udzielenia pomocy, jednak poziom wiedzy czy posiadanych umiejętności nie jest w żaden sposób weryfikowany w populacji ludzi dorosłych. Prawidłowo wprowadzone algorytmy postępowania są w stanie realnie wpłynąć na szanse przeżycia poszkodowanego, dlatego tak ważna jest edukacja społeczeństwa.

PIŚMIENNICTWO

1. Europejska Rada Resuscytacji: Wytyczne Resuscytacji, wyd. Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2021.
2. Kodeks Karny (Dz.U.2022.1138 art. 162)
3. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410).
4. Flake F., Runggaldier M.: Ratownictwo medyczne. Procedury od A do Z., Wrocław 2021.
5. Zawadzki D.: Postępowanie podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w drgawkach gorączkowych u dzieci. *Pielęgniarstwo Polskie* 2019; 3 (73): 297-300.
6. Motylewski B., Kwiecień-Motylewska A., Zieliński M., Zieliński E.: Wybrane aspekty ratownictwa wodnego i kwalifikowanej pierwszej pomocy. *Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe Oddział w Skierniewicach, Skierniewice* 2020.
7. Campbell J.E., Alson R.L.: *International Trauma Life Support. Ratownictwo przedszpitalne w urazach.*, wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017.
8. Szczeklik A. i wsp.: *Interna Szczeklika mały podręcznik 2021/22.* Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2021.
9. Gucwa J., Madej T., Ostrowski M.: *Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne i wybrane stany nagłe.* Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017.

10. Zawadzki A.: Medycyna ratunkowa i katastrof. Podręcznik dla studentów Uczelni Medycznych. Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011.
11. Gruba M., Gucwa J.: Postępowanie w stanach nagłych u dzieci. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2020.
12. Rocznik W., Babuška-Rocznik M.: Postępowanie ratunkowe w obrażeniach narządu ruchu. Na Ratunek, 2012; 6 (12): 20-25.
13. Słowik K., Kożybska M., Karakiewicz B.: Wiedza osób dorosłych na temat udzielania pierwszej pomocy. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2021; 27(1): 77-81.
14. Gräsner JT, Wnent J, Herlitz J, Perkins GD, Lefering R, Tjelmeland I, Markota A, Strömsöe A, Burkart R, Booth S, Bossaert L. Survival after out-of-hospital cardiac arrest in Europe - Results of the EuReCa TWO study. Resuscitation. 2020; 148: 218-226.
15. Referowska M., Leśniak W., Stec S.: Postępowanie w omdleniach. Podsumowanie wytycznych European Society of Cardiology 2018. Med. Prakt., 2018.
16. Iskierka K., Klimaszewska K., Krajewska-Kulać E.: Wiedza społeczeństwa na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2022.
17. Van Dijk N., Quartieri F, Blanc J., Garcia-Civera R., Brignole M., Moya A.: Effectiveness of physical counterpressure maneuvers in preventing vasovagal syncope: the Physical Counterpressure Manoeuvres Trial. J Am Coll Cardiol. 2006; 48(8): 1652-1657.
18. Igarashi Y, Yokobori S, Yoshino Y, Masuno T, Miyauchi M, Yokota H. Prehospital removal improves neurological outcomes in elderly patient with foreign body airway obstruction. Am J Emerg Med. 2017; 35(10): 1396-1399.
19. Drabik U., Zorska-Krzanik A.: The assessment of the selected professional groups' knowledge on the first aid in specific life-threatening situations. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue 2016; 3: 62-65.
20. Bartoletti A, Fabiani P, Bagnoli L, et al. Physical injuries caused by a transient loss of consciousness: main clinical characteristics of patients and diagnostic contribution of carotid sinus massage. Eur Heart J 2008; 29: 618-624.
21. Šupínová M., Janiczeková E., Pojezdálová Z.: The Level of Public's Practical Skills in Provision of First Aid to Patients with Major Epileptic Seizure. The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing 2019; 8 (2): 54–61.

22. Zawidzka M., Haor B., Daszuta K.: Analiza wiedzy studentów PWSZ we Włocławku na temat udzielania pierwszej pomocy. *Innow. Pielęg. Nauk. Zdr.* 2019; 4 (3): 9-26.
23. Szpringer M., Komendacka O., Kosecka J., Sobczyk B.: Ocena wiedzy kierowców na temat zasad udzielania pierwszej pomocy. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20 (3): 260-264.
24. Blicharz M., Biernacka B.: Poziom wiedzy społeczeństwa na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. *Aspekty Zdrowia i Choroby* 2016; 2 (2): 35-49.
25. Czyż R., Kwiaton M., Górniak I.: Ocena poziomu wiedzy studentów wybranych polskich uczelni wyższych na temat zasad udzielania pierwszej pomocy osobie dorosłej w stanach nagłych. *Journal of Education, Health and Sport* 2016, 6: 399-410.

Świadomość mieszkańców województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

Krzysztof Drozdowski¹, Krystyna Klimaszewska²

1. Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Pierwsza pomoc to zespół czynności, które podejmuje świadek zdarzenia, w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia. Często nie mając żadnego wyposażenia i profesjonalnego sprzętu do udzielania medycznych czynności ratunkowych możemy znacznie wpłynąć na dalsze rokowania osoby poszkodowanej. Bardzo często to od pierwszych chwil i minut po urazie zależy dalsza rekonwalescencja i szanse przeżycia u osób po wypadkach przy nagłym zatrzymaniu krążenia. Sama pierwsza pomoc nie ogranicza się tylko do działań manualnych przy poszkodowanym, zaliczamy do niej również pomoc psychologiczną czy udzielenie wsparcia poszkodowanemu do przyjazdu odpowiednich służb w postaci zapewnienia komfortu termicznego. Ważne jest aby wiedza na temat udzielania pomocy przedmedycznej była znana wszystkim bez względu na wykształcenie, miejsce zamieszkania i wiek, ponieważ to do niej może zależeć zdrowie i życie innych osób. Warto podkreślić, że do udzielania pierwszej pomocy zobligowany jest każdy obywatel, poprzez przepisy kodeksu karnego. Nie jest to więc tylko nasza dobra wola, ale też obowiązek, który musimy spełnić wobec drugiego człowieka [1].

CEL PRACY

Celem pracy było sprawdzenie świadomości mieszkańców województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy w oparciu o wyniki przeprowadzonej ankiety.

Cel główny został rozbudowany o następujące cele szczegółowe:

1. Porównanie wiedzy na temat zasad udzielania pierwszej pomocy ze względu na miejsce zamieszkania.

Świadomość mieszkańców województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

2. Zestawienie różnic w zakresie wiedzy dotyczącej pierwszej pomocy w różnych grupach wiekowych.
3. Analiza znajomości zasad udzielania pierwszej pomocy w stosunku do najnowszej wiedzy w tym zakresie.

MATERIAŁ I METODY

Na potrzeby pracy utworzono autorski kwestionariusz ankiety. Ankieta zawierała 25 pytań i była skierowana do wszystkich mieszkańców województwa podlaskiego. Dotyczyła ona zachowania i postępowania w zakresie udzielania pierwszej pomocy w odpowiedzi na przedstawione scenariusze i sytuacje dnia codziennego. Ankieta miała charakter anonimowy.

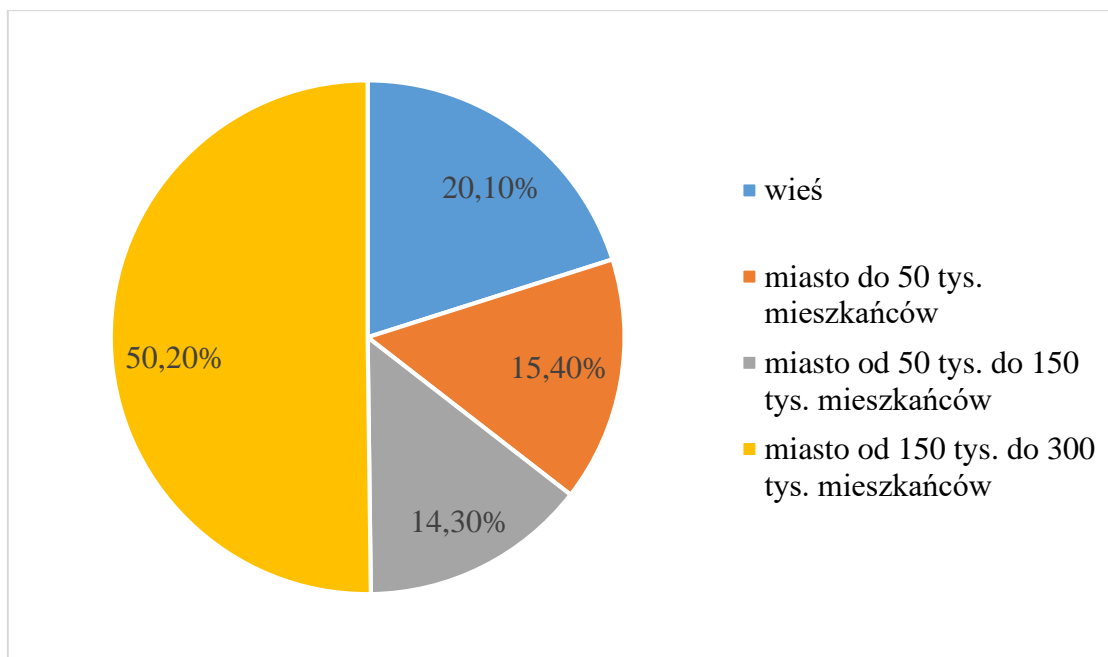
Zebrane dane opracowano przy zastosowaniu programu Microsoft Excel.

Badanie zostało przeprowadzone na grupie 273 respondentów, z czego 71,4% (195 osób) stanowiły kobiety, a 28,6% (78 osób) to mężczyźni. Wśród badanych największą grupę stanowił przedział wiekowy od 21 do 30 lat, najmniej liczną grupą były osoby przed ukończeniem 20 roku życia. Dokładne dane przedstawia Tabela 1.

Tabela 11.- wiek ankietowanych

Wiek	N	N%
Do 20 lat	5	1,8
21-30	93	34,1
31-40	76	27,8
41-50	69	25,3
51-60	22	8,1
Powyżej 60 lat	8	2,9

Połowa ankietowanych mieszka w mieście od 150 tys. do 300 tys. mieszkańców (39 osób). Najmniejsza grupa reprezentuje miasta od 50 do 150 tys. mieszkańców (39 osób). Dokładne dane przedstawia Rycina 1.

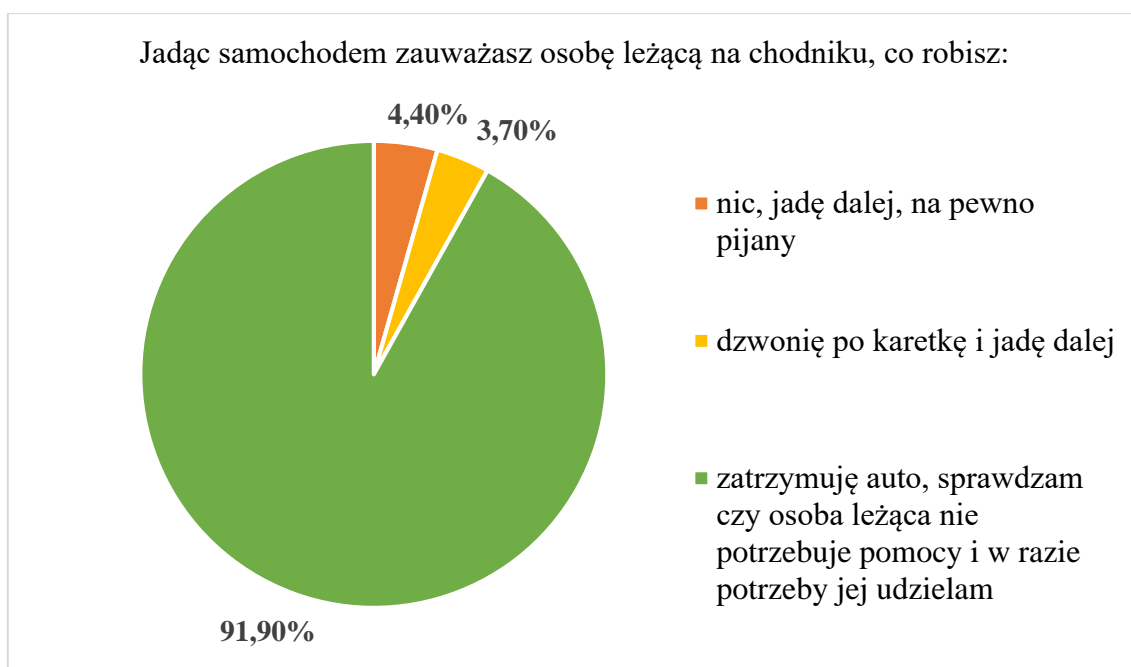


Rycina 7.- Rozkład ankietowanych ze względu na miejsce zamieszkania

Rozkład posiadanego wykształcenia w badanej grupie rozłożył się następująco: 72,5% ankietowanych posiada wykształcenie wyższe, 25,6% badanych legitymuje się wykształceniem średnim, wykształcenie zawodowe zdobyło zaś 1,8% wszystkich badanych.

WYNIKI

Na pytanie odnośnie osoby leżącej w miejscu publicznym większość ankietowanych- 251 osób udzieliła prawidłowej odpowiedzi odnośnie zachowań takiej sytuacji. Tylko 22 osoby w przedstawionej sytuacji pojechały dalej, nie udzielając doraźnej pomocy (Rycina 2).

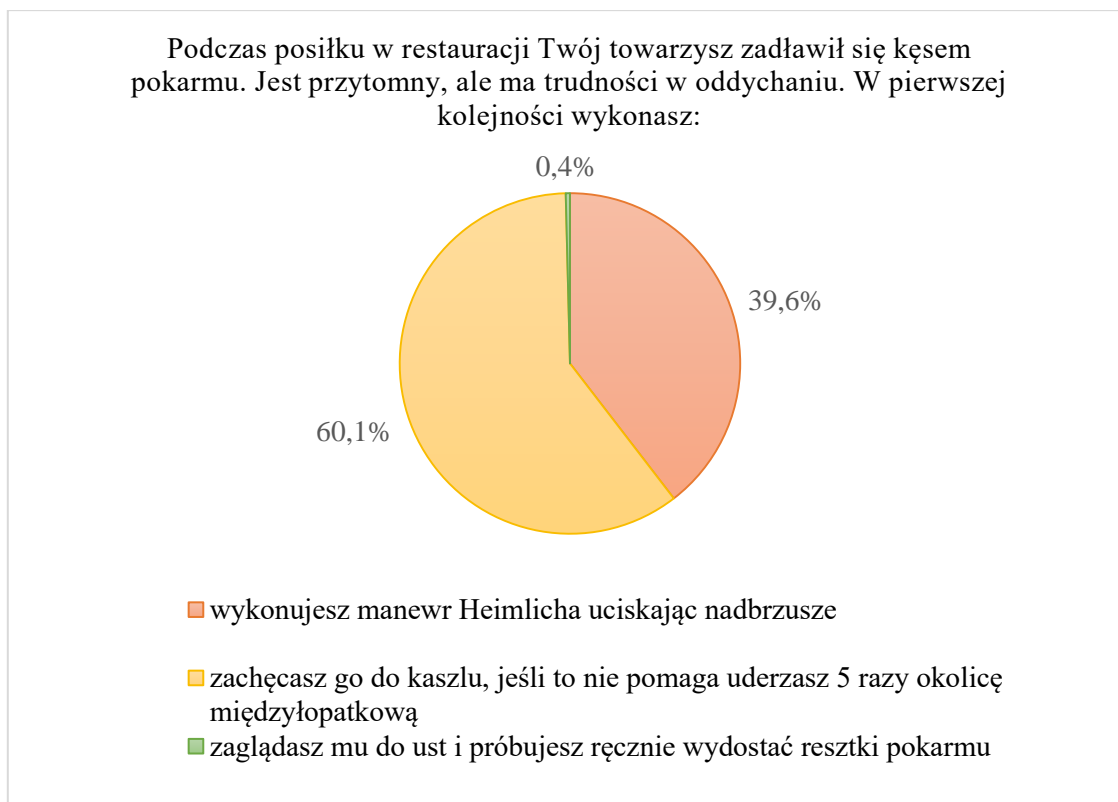


Rycina 8.-Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jadąc samochodem zauważasz osobę leżącą na chodniku, co robisz?”

Znajomość prawnych aspektów udzielania pierwszej pomocy w badanej grupie jest na wysokim poziomie. Zdecydowana większość ankietowanych (98,5%) na pytanie odnośnie tego, kto może udzielać pierwszej pomocy prawidłowo odpowiedziała, że może to być każdy kto znajduje się w pobliżu osoby wymagającej udzielenia pomocy.

W pytaniu dotyczącym zachowania się w przypadku zauważenia osoby nieprzytomnej z zachowanym oddechem 252 ankietowanych udzieliło poprawnej odpowiedzi, co stanowi 92,3% całej grupy badanej. 21 osób zostawiło by osobę nieprzytomną w pozycji zastanej i czekało na przyjazd karetki (7,7%).

Rozkład odpowiedzi w pytaniu dotyczącym zachowania się w przypadku zadławienia ilustruje Rycina 3.



Rycina 9.- Rozkład odpowiedzi ankietowanych w postępowaniu podczas zadławienia

W powyższym pytaniu dominują dwie najczęściej wybierane odpowiedzi, które dodatkowo zostały ocenione pod względem występowania w zależności od wykształcenia ankietowanych (Tabela 2).

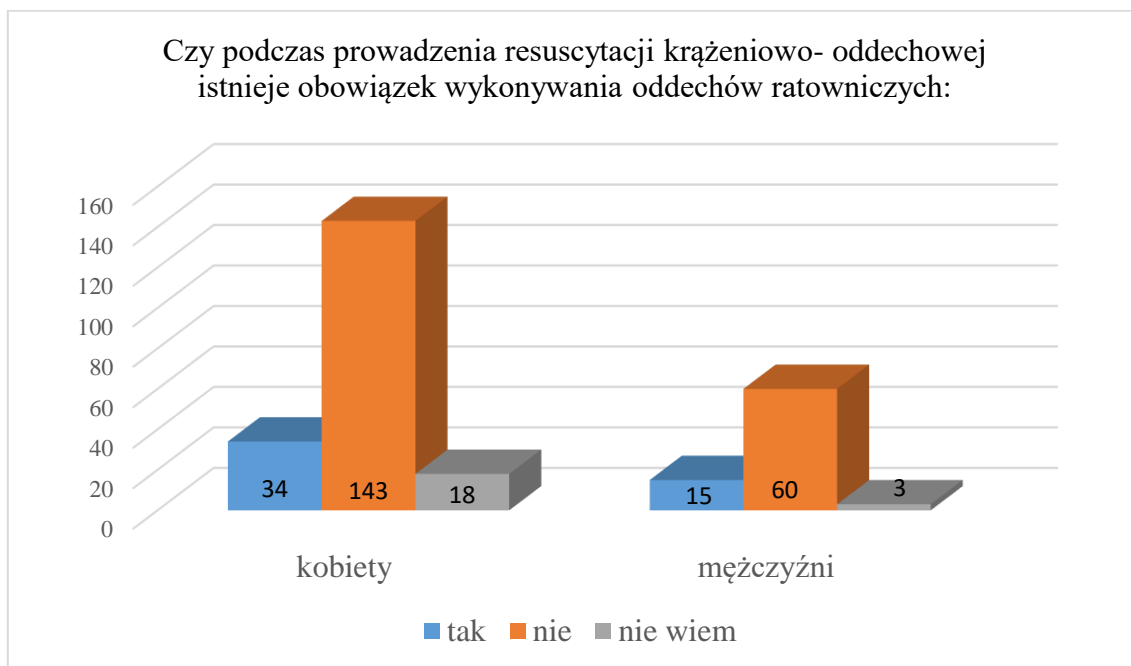
Tabela 12.- Rozkład odpowiedzi ze względu na wykształcenie ankietowanych

odpowiedź	Wykształcenie ankietowanych					
	Wyższe		Zawodowe		Średnie	
	N	N%	N	N%	N	N%
Wykonujesz manewr Heimlicha uciskając nadbrzusze	74	37,37%	3	60%	31	44,29%
Zachęcasz go do kaszlu. Jeśli to nie pomaga uderzasz 5 razy w okolice międzyłopatkową	123	62,12%	2	40%	39	55,71%
Zaglądasz mu do ust i próbujesz ręcznie wydostać resztki pokarmu	1	0,51%	0	0	0	0
Razem	198	100%	5	100%	70	100%

Świadomość mieszkańców województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

Z przeprowadzonych badań wynika, że zdecydowana większość (94,9%) wie co zrobić w przypadku zatrzymania krążenia w centrum handlowym. Pozostała część badanych nie podjęła by żadnych czynności na miejscu oprócz wezwania karetki pogotowia ratunkowego.

Rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące konieczności wykonywania oddechów ratowniczych podczas prowadzenia resuscytacji krążeniowo- oddechowej ilustruje poniższy wykres. Odpowiedzi zostały dodatkowo podzielone w zależności od płci ankietowanych (Rycina 4).



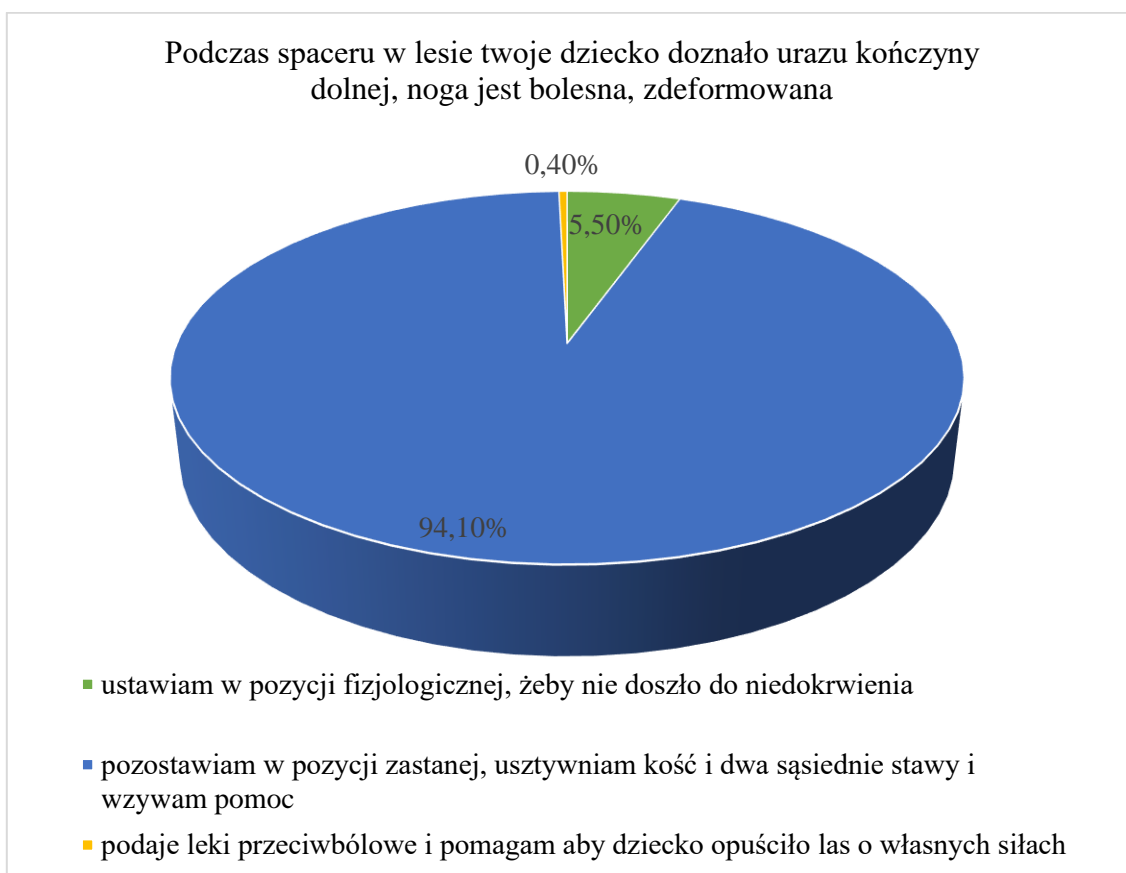
Rycina 10.- Wykonywanie oddechów ratowniczych a płeć ankietowanych

Znaczna część kobiet- 17,4% twierdzi, że istnieje obowiązek wykonywania oddechów podczas resuscytacji, a 9,2% nie potrafi udzielić odpowiedzi na to pytanie. W grupie mężczyzn 19,2% ankietowanych twierdzi, że wymagane jest prowadzenie oddechów ratowniczych.

W odpowiedzi na pytanie dotyczące postępowania w przypadku oparzenia się wrzątkiem zdecydowana większość- 266 ankietowanych (97,4%) schładzałaby oparzone miejsce chłodną wodą, 6 osób posmarowałoby oparzone miejsce kremem i założyło opatrunek, a 1 osoba, będąc w takiej sytuacji, zadzwoniłaby i czekała na przyjazd zespołu ratownictwa medycznego.

Analizując poniższy wykres ilustrujący rozkład odpowiedzi na pytanie znalezienia się w sytuacji urazu kończyny dolnej u dziecka, 94,1% ankietowanych w tej sytuacji postąpiłaby według schematu pierwszej pomocy odnośnie złamań. Nieznaczna część osób próbowałaby

samodzielnie nastawić kończynę do pozycji fizjologicznej (5,5%), a jedna osoba podałaaby dziecku leki przeciwbólowe (Rycina 5).



Rycina 11.- Postępowanie w przypadku urazu kończyny dolnej

W kolejnym pytaniu, w którym przedstawiono scenariusz napadu padaczkowego podczas imprezy plenerowej odpowiedzi ukształtowały się następująco: 58,2% ankietowanych podłożyło by pod głowę kurtkę i poczekalo na ustąpienie drgawek, a następnie ułożyło w pozycji bezpiecznej i wezwało pogotowie, aż 39,2% wśród ankietowanych włożyło by długopis do ust poszkodowanego aby nie przegryzł języka, 0,7% oddaliłoby się z miejsca zdarzenia, a 1,8% pozwoliło by, aby poszkodowany po napadzie udał się samodzielnie do domu. Dodatkowo wyniki tego pytania zostały zanalizowane pod kątem występowania odpowiedzi a miejscem zamieszkania ankietowanych, co przedstawia poniższa tabela (Tabela 3).

Tabela 13.- Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Podczas dożynek gminnych i koncertu miejscowego zespołu disco polo widzisz jak mężczyzna obok ciebie upada, trzęsie się, a z ust wydobywa się piana, co robisz”:

	Miejsce zamieszkania ankietowanych							
	wieś		Miasto do 50 tys. mieszkańców		Miasto od 50 tys. do 150 tys. mieszkańców		Miasto od 150 tys. do 300 tys. mieszkańców	
	N	N%	N	N%	N	N%	N	N%
To miejscowy pijak, ale odepchnę gapiów i podłożę pod głowę swoją kurtkę i poczekam, aż ustąpią drgawki, następnie ułożę w pozycji bocznej, poproszę kogoś o wezwanie pogotowia	31	56,4%	22	52,4%	27	69,2%	79	57,6%
Jak najszybciej włożę do jego ust długopis aby nie przegryzł języka i wezwę pomoc	23	41,8%	19	45,2%	11	28,2%	54	39,4%
Oddalę się z miejsca zdarzenia, ponieważ nie mam przeszkolenia z pierwszej pomocy	0	0	0	0	0	0	2	1,5%
Po napadzie, gdy odzyska przytomność pozwolę, aby samowolnie poszedł do domu, Pan choruje na padaczkę od dawna	1	1,8%	1	2,38%	1	2,6%	2	1,5%

Świadomość mieszkańców województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

Z analizy powyższej tabeli wynika, że najczęściej nieprawidłowych odpowiedzi zostało udzielonych przez osoby mieszkające na wsi i w miastach do 50 tysięcy mieszkańców. Najlepszy wynik osiągnęła grupa badanych mieszkająca w mieście od 50 do 150 tysięcy mieszkańców (Tabela 3).

Kolejne pytanie dotyczyło postępowania osób postronnych w przypadku omdlenia bez utraty przytomności i innych towarzyszących urazów. W przypadku tego scenariusza zdecydowana większość ankietowanych uniosłaby kończyny dolne do góry i pozostawiła osobę poszkodowaną w pozycji leżącej (84,2%). 9 osób zadeklarowało, że nie wiedziałoby co zrobić w tej sytuacji (3,3%).

Następne pytanie z ankiety przedstawiało sytuację, w której doszło do upadku z wysokości podczas prac na budowie. Według scenariusza w pytaniu upadek nastąpił z 3 metrów, a poszkodowany leży twarzą skierowaną do ziemi i nie daje oznak życia. 81% ankietowanych oceniłaby przytomność poszkodowanego i w razie potrzeby, stabilizując kręgosłup szyjny obróciłaby poszkodowanego na plecy celem dalszej oceny, 17,6% badanych pozostawiłaby poszkodowanego twarzą do ziemi i poczekała do przyjazdu karetki nie podejmując innych działań. 3 osoby z badanych w ogóle nie podeszłyby do poszkodowanego, ich pomoc ograniczyłaby się do wezwania karetki, a 1 osoba postarałaby się posadzić poszkodowanego i oddaliłaby się z miejsca zdarzenia.

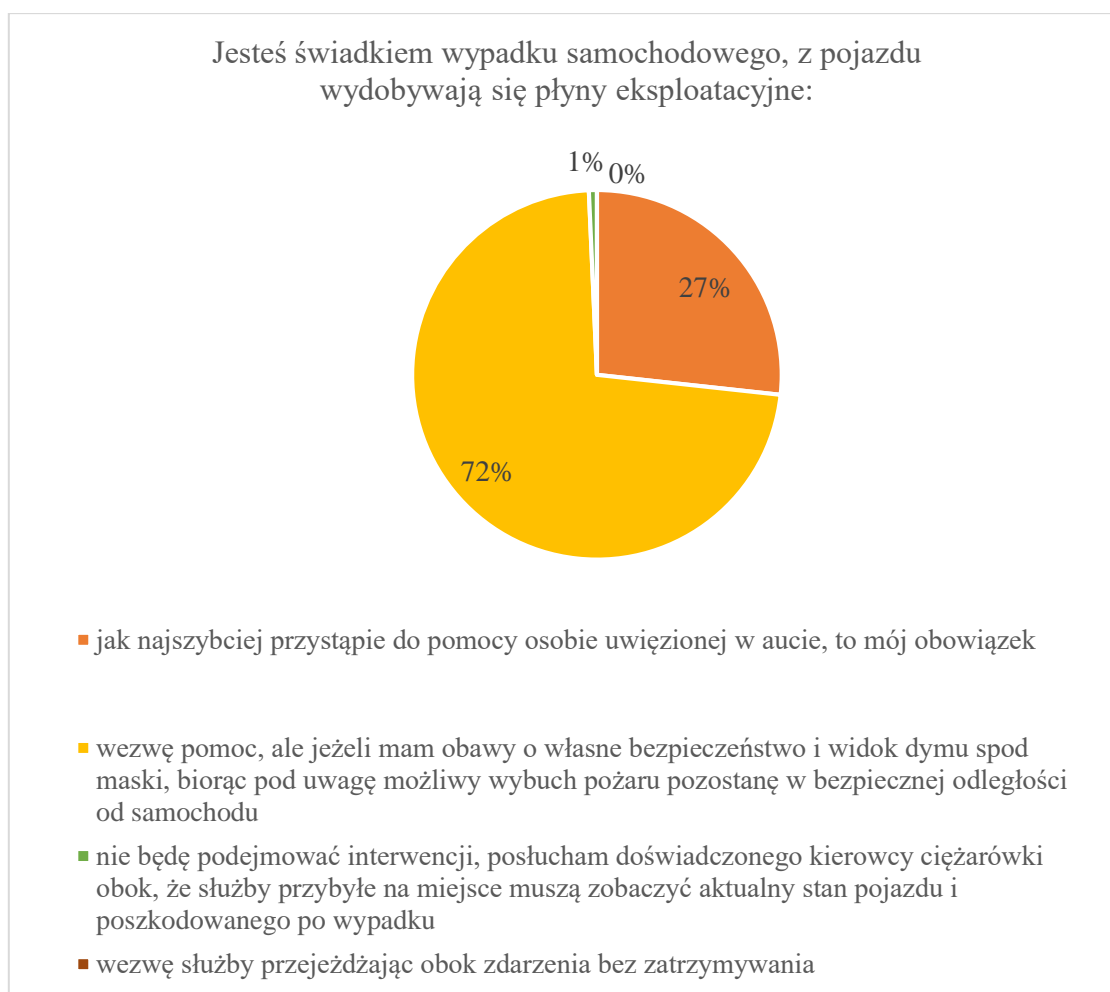
Rozkład odpowiedzi na pytanie o sekwencje ucisków do oddechów podczas resuscytacji osoby dorosłej ilustruje Tabela 4.

Tabela 14.- Wykonywanie sekwencji resuscytacji krążeniowo-oddechowej

Sekwencja uciśnięcia: oddechy ratownicze	N	N%
30:2	228	83,5%
15:2	35	12,8%
5:1	9	3,3%
3:1	1	0,4%

Z analizy powyższej tabeli można stwierdzić, że prawidłowy schemat resuscytacji krążeniowo-oddechowej u osoby dorosłej jest znany większości badanych (tab. 4).

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że większość badanych wie jak zachować się w sytuacji bycia świadkiem wypadku samochodowego. Szczegółowy rozkład odpowiedzi prezentuje poniższy wykres (Rycina 6).



Rycina 12.- Zachowanie świadka wypadku komunikacyjnego

Warto zauważyć, że w opisanym przypadku żadna z osób ankietowanych nie przejechałaby obok miejsca zdarzenia bez wcześniejszego zatrzymania się i oceny stanu uszkodzonych. Niemal $\frac{3}{4}$ spośród badanych na pierwszym miejscu postawiłoby swoje bezpieczeństwo i z rozwagą podeszłoby do sytuacji (Rycina 6).

Następnym scenariuszem w ankiecie był obraz pacjenta, który uczestniczył w bójce, doznał urazu głowy z krwawiącą raną i chce samodzielnie wrócić swoim autem do domu. W tej sytuacji aż 98,2% ankietowanych udzieliło poprawnej odpowiedzi i zdecydowało o zatrzymaniu uszkodzonego w miarę możliwości, założeniu opatrunku i wezwaniu pogotowia, biorąc pod uwagę ewentualny szok uszkodzonego. 1 osoba oddaliłaby się z miejsca zdarzenia nie podejmując żadnych czynności, a 4 osoby pozwoliłyby uszkodzowanemu odjechać samodzielnie do domu.

Świadomość mieszkańców województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

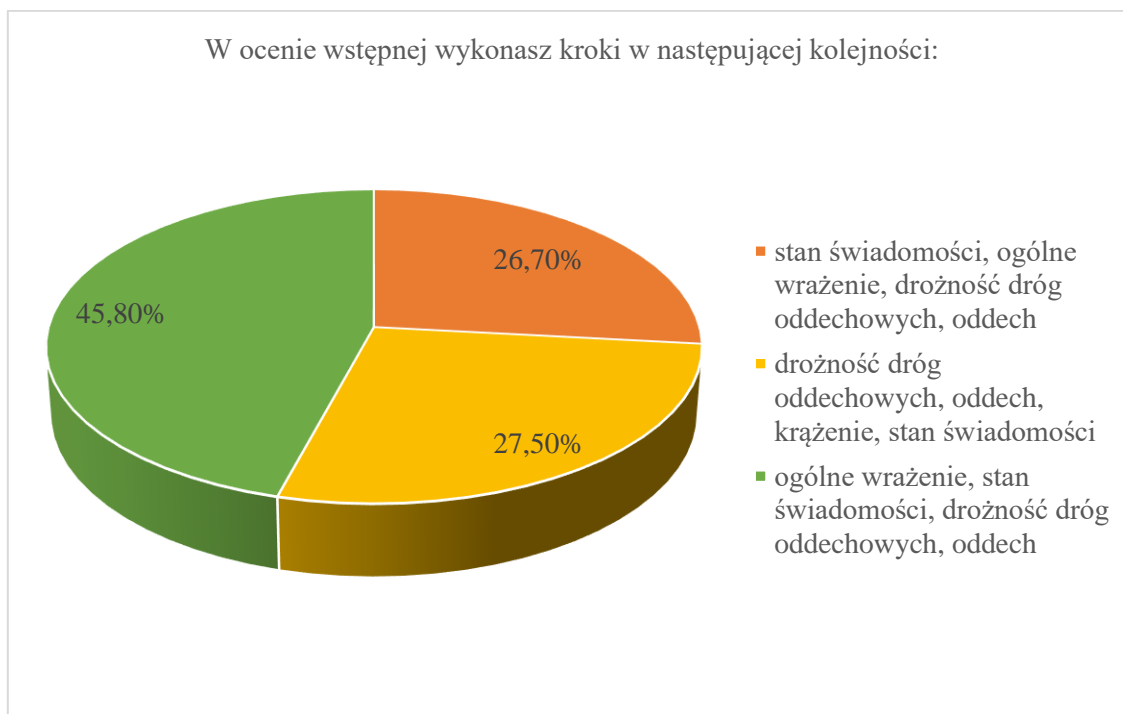
Najlepsze wyniki w całej ankiecie zostały uzyskane w pytaniu, które opisywało pojawienie się bólu w klatce piersiowej u bliskiego członka rodziny. Niemal 99% badanych jak najszybciej wezwałoby karetkę pogotowia. Odpowiedzi w postaci zastosowania leków przeciwbólowych, leków podjęzykowych innej osoby czy zalecenie odpoczynku zostały udzielone przez jedną osobę i stanowiły 1,2% udzielonych odpowiedzi.

Rozkład wyników w pytaniu o AED obrazuje poniższa tabela (Tabela 5).

Tabela 15.- Rozwinięcie skrótu AED

Co to jest AED?:	N	N%
Automatyczny koncentrator tlenu	7	2,6%
Automatyczny zewnętrzny defibrylator	260	95,2%
Urządzenie do eliminacji tlenku węgla z powietrza	2	0,7%
Nazwa skrótowa specjalnego opatrunku na oparzenia	4	1,5%

Z analizy tabeli wynika, że większość osób potrafi prawidłowo rozszyfrować skrót. 4,6% ankietowanych udzieliło błędnej odpowiedzi na powyższe pytanie (Tabela 5).



Rycina 13.- Ocena wstępna poszkodowanego

Świadomość mieszkańców województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

Analizując powyższy wykres, niespełna połowa badanych zna prawidłową kolejność wykonywania oceny wstępnej u poszkodowanego. Zebrane wyniki zostały dodatkowo rozbite na odpowiedzi w poszczególnych grupach wiekowych, a ich wyniki prezentuje poniższa tabela (Rycina 7, Tabela 6).

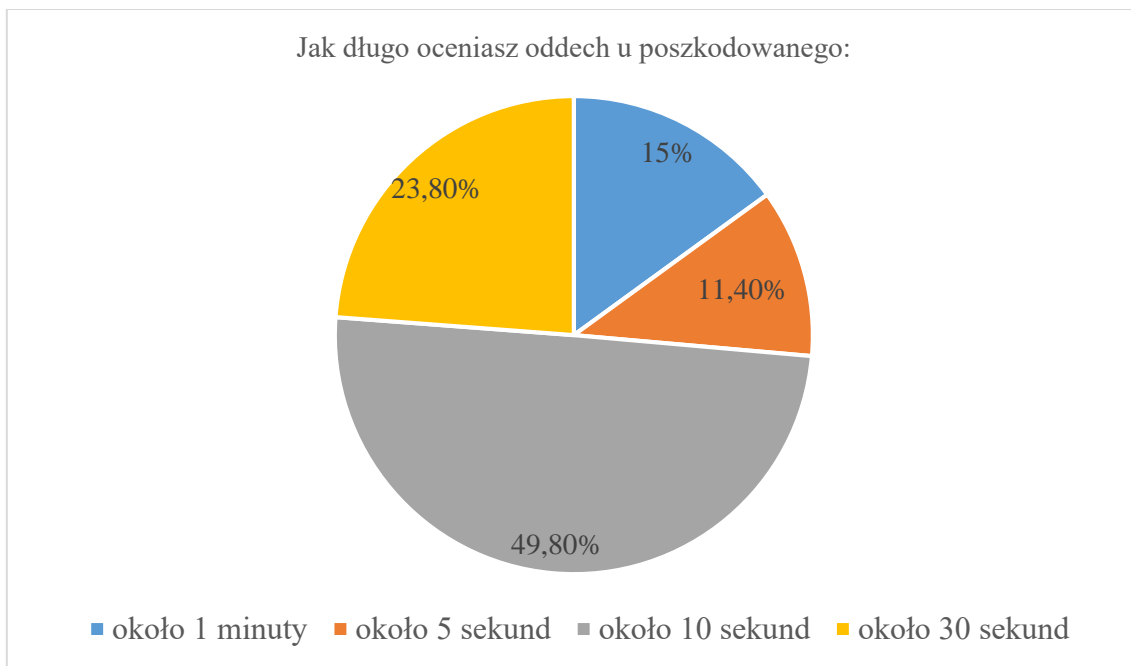
Tabela 16.- Ocena wstępna poszkodowanego a wiek ankietowanych

	Przedział wiekowy											
	Do 20 lat		21-30		31-40		41-50		51-60		Powyżej 60 lat	
	N	N%	N	N%	N	N%	N	N%	N	N%	N	N%
Stan świadomości, ogólne wrażenie, drożność dróg oddechowych, oddech	3	60%	21	22,6%	14	18,4%	21	30,4%	8	36,4%	6	75%
Drożność dróg oddechowych, oddech, krążenie, stan świadomości	1	20%	18	19,4%	22	28,9%	21	30,4%	11	50%	2	25%
Ogólne wrażenie, stan świadomości, drożność dróg oddechowych, oddech	1	20%	54	58%	40	52,6%	27	39,1%	3	13,6%	0	0

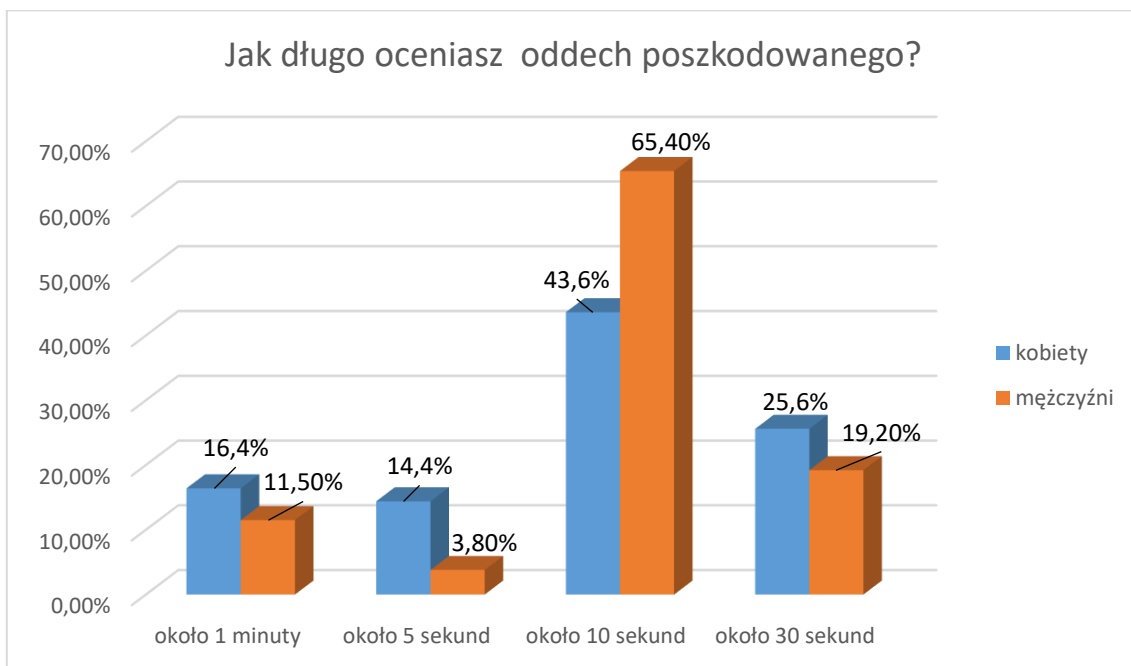
Z powyższej tabeli można wywnioskować, że najczęściej prawidłowych odpowiedzi zostało udzielonych w grupie badanych w wieku 21-30 lat oraz w grupie 31-40 lat. Z pytaniem najgorzej poradzi sobie najstarsi ankietowani- w wieku od 51 do 60 lat. Żadna z osób z grupy wiekowej powyżej 60 lat nie zaznaczyła poprawnej odpowiedzi (Tabela 6).

Świadomość mieszkańców województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

Analizując powyższy wykres niespełna połowa badanych wie jak poprawnie ocenić oddech u poszkodowanego (Rycina. 8). Odpowiedzi te zostały dodatkowo podzielone ze względu na płeć co pokazuje poniższy wykres (Rycina. 9).



Rycina 14.-Czas oceny oddechu u poszkodowanego



Rycina 15.- Ocena oddechu u poszkodowanego a wiek ankietowanych

Świadomość mieszkańców województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy

Patrząc na powyższy wykres można stwierdzić, że więcej mężczyzn niż kobiet znało prawidłową odpowiedź na to pytanie. Kobiety wypadły gorzej i zaznaczyły więcej niepoprawnych odpowiedzi. Prawidłową odpowiedź udzieliło 43,6% kobiet i 65,4% mężczyzn (Rycina.9).

Prawidłowe postępowanie w przypadku krwawienia z nosa przeprowadziłyby 205 ankietowanych co stanowi 75,1% całej grupy badanej. Co piąta osoba położyłaby zimny kompres na czoło, zapominając o przyjęciu przez poszkodowanego prawidłowej pozycji i uciśnięciu skrzydełek nosa. 3,3% ankietowanych położyłoby poszkodowanego na plecach, a 4 osoby wezwałyby niezwłocznie karetkę pogotowia nie wykonując żadnych działań z pacjentem.

W pytaniu dotyczącym postępowania w sytuacji, co należy zrobić bezpośrednio po stwierdzeniu braku oddechu u dziecka 85,3% ankietowanych (n=233) przeszłoby do wykonania 5 skutecznych wdechów, co jest prawidłowym postępowaniem w opisanej wyżej sytuacji. Od oceny krążenia rozpoczęłoby 10,6% ankietowanych (n=29), a od wezwania pomocy okrzykiem 4% badanych (n=11).

Ostatnie pytanie ankiety uzyskało najlepszy wynik wśród wszystkich badanych scenariuszy zdarzeń losowych. Wynik pytania 25 obrazuje poniższa tabela (Tabela 7). Wynika z niej, że praktycznie wszyscy badani zachowaliby się odpowiednio w sytuacji opisanego wypadku komunikacyjnego.

Tabela 17.- Postępowanie świadka przy potrąceniu

Jeżeli potrącony przez samochód pieszy odzyskał przytomność i chce iść do domu to należy:		
	N	N%
Nakłonić pieszego do pozostania na miejscu, obserwować go i wezwać pogotowie ratunkowe	271	99,3%
Pozwolić mu odejść, zalecając oddanie się do lekarza	1	0,4%
Podać poszkodowanemu coś do picia	0	0
Nie pozwolić aby się wyziębił i odwieźć go do domu własnym autem	1	0,4%

DYSKUSJA

Temat udzielania pierwszej pomocy, znajomości zasad i schematów postępowania w poszczególnych przypadkach jest poruszany w wielu publikacjach naukowych. Badaniu poddawane są różne grupy społeczne, w zależności od miejsca zamieszkania, wykonywanej pracy czy uczestnictwa w zajęciach szkolnych. Świadomość i umiejętność zachowania się w sytuacjach trudnych i znajomość pierwszej pomocy wśród społeczeństwa powinna być priorytetem i stać na bardzo wysokim poziomie.

Jak wynika z analizy badań własnych 83,5% ankietowanych zna prawidłowy stosunek uciśnięć do wdechów podczas prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Dużo gorsze wyniki w swojej pracy uzyskała Zawadzka i wsp. [2], gdzie wśród studentów PWSZ we Włocławku prawidłowej odpowiedzi udzieliło 62% ankietowanych. W badaniach Salwy i wsp.[3], 70% badanych znało stosunek uciśnięć do liczby oddechów, co też jest wynikiem słabszym niż w badaniach własnych. Świadczy to o wysokim stopniu znajomości podstawowego schematu resuscytacji u osób zamieszkujących województwo podlaskie.

Zgodnie z wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji prawidłowa ocena oddechu przeprowadzona przy użyciu trzech zmysłów- wzroku, słuchu i dotyku u poszkodowanego powinna trwać nie więcej niż 10 sekund. W badaniach Salwy i wsp. [3] taką wiedzę posiadało 44% respondentów. W badaniach własnych lepszą wiedzę w tym zakresie posługiwali się mężczyźni, a prawidłową odpowiedź zaznaczyło 49,8% badanych co jest wynikiem zbliżonym do tego uzyskanego przez Salwę. Niestety jest to wynik dość niski i świadczy o niedostatecznym przyswojeniu wiedzy w tym zakresie w naszym społeczeństwie.

Miejsce zamieszkania i wiek ankietowanych wpłynęło na poziom wiedzy badanych na temat zasad udzielania pierwszej pomocy. Zdecydowanie lepszą znajomością przepisów i schematów działania mogli pochwalić się mieszkańcy większych miast- powyżej 50 tysięcy mieszkańców i osoby z grupy wiekowej 21-30 lat. Może to wynikać z lepszej dostępności do kursów i szkoleń z pierwszej pomocy w większych miastach, jak również w fakcie, że w większych aglomeracjach możemy być częściej świadkami lub uczestnikami sytuacji, w których niezbędne jest udzielenie pierwszej pomocy. Osoby młodsze natomiast mają większą świadomość i chęć pogłębiania swojej wiedzy i chętniej biorą udział w różnych inicjatywach społecznych poprawiających bezpieczeństwo. Do innych wniosków doszła Słowik, Kozybska i Karakiewicz [4], w których badaniach nie zauważono zależności poziomu wiedzy od czynników socjodemograficznych. Natomiast z badań Kwiatkowskiej i Kossoń [5] wynika, że wśród mieszkańców wsi i miast powyżej 100 tysięcy mieszkańców poziom wiedzy różnił się znacząco u osób dorosłych, pacjentów i licealistów.

Omdlenie jest jedną z najczęstszych sytuacji w życiu codziennym, w którym mamy możliwość wykorzystać wiedzę z zakresu pierwszej pomocy. W badaniach własnych 84,2% badanych zna prawidłowy schemat postępowania w przypadku omdlenia. Podobny wynik uzyskała Iskierka- 88,5% respondentów. Nieco gorszy wynik w swoich badaniach zanotowała Jurczak [6], w jej badaniach 78% ankietowanych wiedziało jak zachować się w opisanej sytuacji.

W badaniu własnym 58,2% ankietowanych potrafiłoby prawidłowo zabezpieczyć poszkodowanego podczas napadu drgawek. Najlepszy wynik został uzyskany wśród mieszkańców dużych miast, posiadających od 50 do 150 tysięcy mieszkańców. Najmniej poprawnych odpowiedzi udzielili mieszkańcy wsi. Co zasługuje na uwagę, aż 39,2% badanych włożyłoby jakiś przedmiot do ust aby zapobiec przegryzieniu języka, co jest praktyką od wielu już lat nieaktualną. W badaniach Salwy i wsp. [3], aż 76% ankietowanych podczas napadu drgawek zabezpieczyłoby głowę przed uderzeniami, co jest wynikiem dużo lepszym niż uzyskane w badaniu własnym. W pracy auterek 24% badanych negatywnie ocenia zjawisko wkładania przedmiotów do ust czy utrzymywanie „na siłę” ciała poszkodowanego.

Analiza wyników badań własnych wykazała, że 60,1% ankietowanych w sytuacji bycia świadkiem zadławienia osoby dorosłej postąpiłaby właściwie. Biorąc pod uwagę wyniki uzyskane przez innych, jest to wynik słaby. W pracy Jurczak [6] prawidłową odpowiedź na to pytanie udzieliło 77% respondentów. Jeszcze lepszy wynik w swojej pracy uzyskała Iskierka [7], gdzie schemat postępowania w przypadku zadławienia jest znany aż 93,5% badanych.

WNIOSKI

1. Wiedza i świadomość mieszkańców województwa podlaskiego na temat udzielania pierwszej pomocy jest dobra, ale w wielu przypadkach wymaga uszczegółowienia i odświeżenia do obecnie panujących norm.
2. Lepszą wiedzą na temat zasad udzielania pierwszej pomocy dysponują mieszkańcy większych miast- od 50 tys. do 300 tys. mieszkańców. Wiedza mieszkańców wsi i miast do 50 tys. mieszkańców często jest przestarzała i nie ma odniesienia do obecnie przyjętych standardów.
3. Osoby z grup wiekowych do 30 roku życia wykazują większą wiedzę i świadomość obecnych schematów postępowania w pierwszej pomocy, tak samo jak osoby z wyższym wykształceniem.

- Większość badanych zna i potrafi wykorzystać w opisywanych sytuacjach dnia codziennego wiedzę z zakresu pierwszej pomocy, należy jednak dalej zachęcać ludzi do udziału w kursach i szkoleniach bez względu na wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania.

PIŚMIENNICTWO

- Campbell J.E., Alson R.L.: International Trauma Life Support. Ratownictwo przedszpitalne w urazach. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017.
- Zawidzka M., Haor B., Daszuta K.: Analiza wiedzy studentów PWSZ we Włocławku na temat udzielania pierwszej pomocy. . Innow. Pielęg. Nauk. Zdr. 2019; 4 (3): 9-26.
- Salwa A., Babiarz A., Nowak-Starz G.: Poziom wiedzy mieszkańców wsi na temat czynności udzielania pierwszej pomocy. Pielęgniarstwo Polskie 2017; 3 (65): 459-463.
- Słowik K., Kożybska M., Karakiewicz B.: Wiedza osób dorosłych na temat udzielania pierwszej pomocy. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2021; 27(1): 77-81.
- Kwiatkowska E., Kossoń D.: The assessment of knowledge of patients on principles of the premedical first aid. Emerg Med. Serv 2018; 5(1): 16-24.
- Jurczak A., Kopański Z., Gajdosz R.: Wiedza z zakresu pierwszej pomocy młodzieży ponadgimnazjalnej. Journal of Clinical Healthcare 2015; 2: 28-34.
- Iskierka K., Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E.: Wiedza społeczeństwa na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2022.

Zespół policystycznych jajników

Marta Dąbrowska^{1,2}, Barbara Jankowiak³

1. Absolwentka studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Oddział Pediatrii i Neurologii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Zespół policystycznych jajników to choroba, która jest znana pod kilkoma nazwami. Najczęściej można spotkać się z określeniem zespół wielotorbielowatych jajników, PCOS (Polycystic Ovary Syndrome) lub androgenizm jajnikowy (ze względu na główną przyczynę choroby) [1].

ROZWINIĘCIE

Zespół policystycznych jajników inaczej PCOS to kobieca choroba endokrynologiczno-rozrodcza, polegająca na wielotorbielatości jajników oraz zaburzeniach jajczkowania. Charakteryzuje się nieprawidłowościami w funkcjonowaniu układu rozrodczego oraz endokrynologicznego. Może mieć różny przebieg, jednak najczęściej nie zagraża życiu chorej. Stanowi główną przyczynę androgenizacji i zaburzeń owulacji oraz niepłodności [2].

Etiologia

Można spotkać się ze stwierdzeniem, iż odkrywcami tej choroby są Stein i Leventhal, którzy opisali ją w 1935 roku. W literaturze występuje także Zespół Steina-Leventhala, który jest nagromadzeniem pęcherzyków niekompletnie rozwiniętych w jajnikach, cechujący się nieregularnym miesiączkowaniem lub jego brakiem, licznymi torbielami na jajnikach oraz niepłodnością. Jednak doniesienia naukowe sięgają nawet 1772 roku. W 1958 roku po raz pierwszy podkreślono podwyższenie stężenia hormonu luteotropowego (LH) w moczu kobiet ze zmianami w obu jajnikach. Na przełomie lat 70 i 80- tych XX wieku uważano podwyższone stężenie właśnie tego hormonu oraz testosteronu, jako kluczowe w diagnostyce zespołu policystycznych jajników lub jak wtedy nazywano zespołu wielotorbielowatych jajników. W 2004 roku miała miejsce konferencja w Rotterdamie ekspertów (The Rotterdam ESHRE/ASRM — European Society for Human Reproduction and Embryology/American

Society for Reproductive Medicine, Consensus Workshop Group 2003), podczas której ustalono 3 główne kryteria decydujące o rozpoznaniu choroby: nadmierne występowanie hormonów o działaniu androgennym potwierdzone klinicznie lub laboratoryjnie, brak owulacji lub rzadkie jej występowanie oraz cechy policystycznych jajników w badaniu USG po wykluczeniu innych patologii cechujących się hiperandrogenizmem. Według uczestników spotkania muszą być spełnione 2 z 3 wyznaczników PCOS. Zatem w oparciu o kryteria rotterdamkie można spotkać się z podziałem pacjentek z zespołem policystycznych jajników na 3 decydujące zespoły cech:

- Klasyczny
- Owulacyjny
- Nieowulacyjny.

Każdy fenotyp charakteryzuje się odmiennym czynnikiem znaczącym. Klasyczny to rzadkie owulacje lub przewlekłe występowanie cykli bezowulacyjnych oraz potwierdzony androgenizm. Owulacyjny jest wtedy gdy potwierdzony jest klinicznie i/lub biochemicznie nadmiar androgenów jak również charakterystyczny obraz jajników w badaniu ultrasonograficznym przy jednoczesnym występowaniu owulacji. Nieowulacyjny fenotyp, jak sama nazwa wskazuje to przewlekły brak lub rzadkie owulacje, charakterystyczny obraz jajników w USG zachowany oraz brak potwierdzonej obecności androgenizmu [3, 4].

W 2006 roku The Androgen Excess and PCOS Society (AES) stworzyło swoje kryteria brane pod uwagę podczas diagnozy zespołu policystycznych jajników. Składają się z 3 wyznaczników, które treścią są bliźniacze z kryteriami Rotterdamskimi. Warunkiem jest obecność wszystkich z wymienionych wymogów. Pierwszy z nich to występowanie u kobiet cech hiperandrogenizmu, na który składa się hirsutyzm i/lub hiperandrogenemia. Drugi to charakterystyczna dysfunkcja jajników (oligoowulacja lub brak owulacji i/lub obecność jajników policystycznych w obrazie USG). Trzecie kryterium to odrzucenie innych chorób endokrynnych dających podobne objawy, takich jak: nieklasyczne postaci wrodzonego przerostu nadnerczy, guzy wydzielające androgeny, zespół Cushinga, insulinooporność zaburzone funkcjonowanie tarczycy, czy też hiperprolaktynemia [3, 4].

Epidemiologia

Zespół policystycznych jajników to najczęstsza endokrynopatia występująca u kobiet w wieku rozrodczym. Częstość występowania w ogólnej populacji szacuje się na 3 do 12%. Choroba ta jest przyczyną ok. 73% przypadków braku owulacji i niepłodności, a także 85%

przypadków wczesnych poronień. Określa się, że w ok. 85% przypadków jest przyczyną występowania hirsutyzmu i w ok. 75% zaburzeń cyklu miesięczkowego o typie wtórnego braku miesiączki. Dotyczy także kobiet w wieku pomenopauzalnym. Częstość występowania PCOS może być różna w zależności od pochodzenia etnicznego. Na przykład, w porównaniu z kaukaskim, większą częstość występowania odnotowuje się wśród kobiet pochodzenia południowoazjatyckiego, u których PCOS pojawia się w młodszym wieku i ma bardziej nasilone objawy [5].

Czynniki etiologiczne wywołujące zespół policystycznych jajników

PCOS jest znane od wielu lat, choć etiologia jest przedmiotem badań w dalszym ciągu. Głównymi czynnikami etiologicznymi są zaburzenia hormonalne. Spotykane są trzy główne modele patofizjologiczne zespołu policystycznych jajników.

1. Model gonadotropowy – charakteryzuje się zaburzeniami w wydzielaniu przysadkowych hormonów tropowych najczęściej lutropiny (LH) oraz zmniejszenie biologicznej aktywności folikulotropiny (FSH). W przypadku rozpozanego zespołu policystycznych jajników stężenie LH jest podwyższone, a stosunek LH:FSH jest kilkukrotnie zwiększony. Wspólną cechą u kobiet z PCOS jest zwiększona częstotliwość i amplituda pulsacyjnego wydzielania LH. Jednak dane są dość sprzeczne, z różnicami w częstości podwyższonych poziomów LH w zakresie od 30% do 90%. Wpływ androgenów na uwalnianie LH jest zależny od stężenia, przy czym zwiększone poziomy androgenów u dorosłych są związane ze zmniejszoną pulsacją LH [6, 7].

2. Model jajnikowy – skutkuje zaburzeniami syntezy i metabolizmu hormonów androgennych w jajniku [6].

3. Model insulinozależny – tutaj zauważa się zależności w nadmiarze wydzielania insuliny i zaburzeniu jej aktywności. Insulinooporność, wywołana stanem zapalnym tkanki tłuszczowej i dysfunkcjami hormonalnymi, jest jedną z uznanych implikacji w patogenezie PCOS powodujących i zachowujących zaburzenia hormonalne i metaboliczne. Insulinooporność i kompensacyjna hiperinsulinemia są cechami charakterystycznymi zespołu policystycznych jajników. Poza tym uważa się, że otyłość zwiększa oporność na insulinę. Szczupłe kobiety z PCOS mają taką samą wrażliwość na insulinę jak kobiety otyłe. Ponadto znaczący wpływ mają zaburzenia immunologiczne oraz nadmierny stres oksydacyjny. Dodatkowo wyróżnia się czynniki genetyczne, predyspozycje rasowe, czynniki środowiskowe

i styl życia. Eksperci coraz większą uwagę zwracają na czynniki występujące prenatalnie [6, 7].

Jeśli chodzi o czynniki genetyczne, badania wskazują na możliwość dziedziczenia PCOS oraz możliwe jest do zaobserwowania rodzinne występowanie choroby. Możliwość występowania schorzenia jest modyfikowalna i zależy między innymi od: niskiej masy urodzeniowej, narażenie na wewnątrzmaciczny hiperandrogenizm, wczesny rozwój narządów płciowych [6, 7].

Obraz kliniczny

Zaburzenia u kobiet występują z różną częstotliwością i nasileniem. Głównymi objawami zespołu policystycznych jajników są: zaburzenia miesiączkowania polegające najczęściej na nieregularnych cyklach, tj. zmniejszenie ilości krwawień do kilku w ciągu roku lub nawet ich braku; problem z zajściem ciąży wynikający z braku miesiączkowania i bezowulacyjnych cykli miesiączkowy; oraz zmiany związane z nadmiernym występowaniem androgenów, do których należą zmiany skórne w postaci trądziku, nadmierne owłosienie typu męskiego zwane hirsutyzmem, czy też łysienie androgenowe. Dodatkowo bardzo często zauważa się u kobiet z PCOS nadwagę, otyłość (głównie brzuszna), insulinooporność, hiperinsulinomię oraz zaburzenia gospodarki węglowodanowo- lipidowej. Insulinooporność w wielu przypadkach może prowadzić do rozwinięcia się u chorej cukrzycy typu 2.

Pacjentki wykazują niekorzystny profil ryzyka sercowo-naczyniowego, charakterystyczny dla zespołu kardiometabolicznego, jak sugeruje się w piśmiennictwie [8, 9].

Hirsutyzm w populacji dorosłych kobiet występuje u około 65-74% kobiet. W okresie dojrzewania to właśnie PCOS jest najczęstszym powodem jego występowania [10].

Badania diagnostyczne

Ustalenie i postawienie trafnej diagnozy w przypadku zespołu policystycznych jajników niejednokrotnie wymaga wieloletniej diagnostyki. Wszystko zależne jest od wieku pacjentki czy też chorób współistniejących. Należy wykonać tzw. diagnostykę różnicową, czyli wykluczyć choroby, które mają podobny przebieg i objawy. Należy wykluczyć nieklasyczne formy wrodzonego przerostu nadnerczy (WPN) – oznaczenie 17-OHP i ewentualny test z analogiem ACTH lub profil steroidowy w moczu, niedoczynność tarczycy – TSH, hiperprolaktynemię – PRL, w przypadku wtórnego braku miesiączki, ciąży – β -hCG5), ewentualnie zespół Cushinga – krótki test z deksametazonem, oznaczenie wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu [11].

Zespół policystycznych jajników

W celu rozpoznania PCOS ważny jest przede wszystkim dokładnie przeprowadzone badanie przedmiotowe i podmiotowe. Rzetelnie przeprowadzony wywiad z pacjentką daje solidną podstawę do pogłębienia diagnostyki [12].

Punktem wyjścia jest potwierdzenie lub wykluczenie hiperandrogenizmu. Rozpoznanie polega na diagnostyce klinicznej i biochemicznej. Diagnostyka kliniczna polega na ocenie nadmiernego owłosienia, do którego może posłużyć skala Ferrimana i Gallweya; występowaniu trądziku lub łysienia androgennego. Diagnostyka biochemiczna to oznaczenie poziomu testosteronu oraz SHBG, czyli globulinę wiążącą hormony płciowe [13, 14].

W badaniu ultrasonograficznym, by móc zdiagnozować PCOS według Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz Polskiego Towarzystwa Endokrynologii, które są zgodne z wytycznymi Androgen Excess and PCOS Society, powinno znajdować się od ok. 25 pęcherzyków oraz jajniki o wielkości większej niż 10 ml. Warto zaznaczyć jest to, iż powyższe kryteria dotyczą sond dopochwowych. Badanie powinno być przeprowadzone w odpowiednim momencie cyklu miesięczkowego. Interpretacja obrazu USG powinna być rzetelnie przeprowadzona, z wykluczeniem innych jednostek chorobowych mogących dawać podobne symptomy [13, 14, 15].

Wskazania do leczenia

Głównym wskazaniem do leczenia zespołu policystycznych jajników jest upośledzenie gospodarki hormonalnej pacjentki. Prowadzi to do zaburzeń miesiączkowania, braku owulacji czy oligoowulacji. Jest to na tyle ważne w szczególności wśród młodych kobiet, ponieważ prowadzi to do trudności z zajściem w ciążę. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na choroby współistniejące mogące występować w tej chorobie takie jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze czy zaburzenia sercowo-naczyniowe. W tych przypadkach leczenie PCOS jest konieczne, by nie doprowadzić niekontrolowanych i niechcianych powikłań [16, 17].

Leczenie

Dietoterapia to najważniejszy element leczenia zespołu policystycznych jajników. Kobiety zgłaszające się do dietetyka powinny mieć na uwadze w jaki sposób specjalista rozpoczyna i dobiera leczenie. W leczeniu ważne są cztery obszary kontroli żywieniowej [18].

1. Kontrola masy ciała- według Androgen Excess and PCOS Society (AES&PCOS) z 2009 roku najważniejsze w leczeniu PCOS jest zmiana stylu życia i odpowiednia dieta. Najbardziej wartościowa i pomocna jest dieta ubogoenergetyczna, która nie tylko wspiera redukcję masy ciała ale także kontroluje działanie insuliny. Ponadto ważne jest

również zmniejszenie ilości spożywanych węglowodanów celem obniżenia wartości energetycznej posiłku. Głównym zadaniem diety jest złagodzenie uczucia głodu oraz redukcja masy ciała. Spis potraw musi być zrównoważony, a wartość energetyczna posiłków jest obliczana za pomocą wzoru Mifflina- St. Jeora, który jest zalecany przez Polskie Towarzystwo Dietetyki.

Wzór wygląda następująco: $SWE = (10 \times W) + (6,25 \times H) - (5 \times A) - 161$

- SWE- spoczynkowy wydatek energetyczny
- W- masa ciała w kg
- H- wzrost w cm
- A- wiek

Otrzymany wynik należy pomnożyć przez wartość współczynnika aktywności fizycznej aby obliczyć całkowite zapotrzebowanie energetyczne [18].

Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) poziom aktywności zależy od prowadzonego trybu życia pacjentki. Siedzący tryb życia to wskaźnik aktywności fizycznej (PAL-Physical Activity Level) 1,21-1,27; osoby wykonujące jednocześnie niedużą aktywność 1,4-1,5; wykonujące pracę fizyczną 1,6-1,9. W przypadku dużej aktywności (5 razy w tygodniu po 30-60min treningu) wymagane jest podwyższenie PAL o co najmniej 0,3 [18, 19].

2. Kontrola lipidogramu- pacjentki z zespołem policystycznych jajników często są narażone na miażdżycę oraz zaburzenia gospodarki lipidowej (obniżenie poziomu cholesterolu frakcji HDL czyli tzw. „dobrego cholesterolu”, hipertriglicydemia, zwiększona frakcja LDL tzw. „złego cholesterolu”. W diecie należy kontrolować ilość tłuszczów. Powinno wykluczyć się tłuszcze zwierzęce, ograniczyć produkty bogate w cholesterol. Kluczowe jest wprowadzenie do diety produktów bogatych w błonnik pokarmowy, hamuje wchłanianie cholesterolu poprzez obniżenie jego poziomu. Warto także wprowadzić konkretną ilość warzyw i owoców, która powinna wynosić ok 700g dziennie (ważne źródło witamin A, C, E a także B12, B6 oraz kwasu foliowego) [18, 19, 20].
3. Kontrola gospodarki węglowodanowej- jest to ważny aspekt w leczeniu zespołu policystycznych jajników. Pacjentkom często towarzyszy przy tym insulinooporność. Kobiety powinny kontrolować gospodarkę węglowodanową poprzez spożywanie posiłków o niskim indeksie glikemicznym, które regulują poziom glukozy we krwi. Zapotrzebowanie energetyczne powinno być skonstruowane z 30-40% węglowodanów. Produkty korzystnie wpływające na organizm kobiet z PCOS to:

produkty o niskim indeksie glikemicznym <50 , nasiona warzyw strączkowych, surowe warzywa, niektóre owoce, chude mięso, ryby (źródło kwasów Omega-3), oliwa z oliwek, oleje (źródło witaminy E), mleko i produkty mleczne. Warto też pamiętać by unikać produktów wykonanych z mąki przetworzonej lub z wysoką zawartością glutaminianu sodu. Należy unikać dużej podaży soli (obecność soli w posiłkach nie powinna przekraczać 5g na dobę). Decydującą rolę w dietoterapii pełni sposób przygotowywania posiłków. Podstawą się unikanie gotowych potraw, Fast foodów. Najlepszą metodą przygotowywania dań jest pieczenie w folii lub pergaminie, duszenie oraz gotowanie. Jednak należy pamiętać, by też umiejętnie gotować niektóre produkty, ponieważ zbyt długa obróbka może spowodować wzrost wartości glikemicznej. Udowodniono, iż trzymanie się diety ubogoenergetycznej oraz ubogotłuszczowej sprzyja pacjentom w regulowaniu cykli miesiączkowych [19, 20].

4. Aktywność fizyczna- ważny aspekt nie tylko w zespole policystycznych jajników. Regularny wysiłek fizyczny a najlepiej codzienny po 30 minut pomaga w redukcji masy ciała, regulacji poziomu glukozy we krwi, zapobiega otyłości oraz chorobom układu krążenia. W badaniach wykazano, iż osoby cierpiące na insulinooporność posiadają do 1/3 % mniej mitochondriów niż osoby zdrowe. Ćwiczenia aerobowe stymulują ich produkcję. Istotne jest by dopasowywać aktywność fizyczną do możliwości pacjentek, tak by nie zniechęcić do dalszej pracy i motywować do działania. Poprawnie wykonywane ćwiczenia fizyczne i zbilansowana dieta redukują otyłość trzewną i poprawiają insulinowrażliwość. U ok. 90% kobiet powoduje to wzrost odsetka ciąży, także u kobiet z PCOS [19, 20].

Leczenie PCOS to przede wszystkim zmiana stylu życia, czyli aktywność fizyczna i odpowiednia dieta. Jednak, gdy to jest niewystarczające należy wdrożyć leczenie farmakologiczne. Farmakoterapia w przypadku zespołu policystycznych jajników polega przede wszystkim na przyjmowaniu antykoncepcji hormonalnej mającej na celu ustabilizowanie gospodarki hormonalnej oraz wywołanie i regulację owulacji. Ma to zastosowanie głównie wśród młodych kobiet, które nie planują zajścia w ciążę. Bywają także przypadki, kiedy dołącza się także leczenie metforminą. Substancja ta jest lekiem przeciwcukrzycowym. Działa obniżając poziom glukozy we krwi. Jest to ważne ze względu na wysoką obecność cukrzycy czy też stanów przedcukrzycowych u kobiet choroba wielotorbielatości jajników. W przypadku kobiet, które planują prokreację według wielu źródeł zalecane jest przyjmowanie cytrynianu kłomifenu p.o. w dawce 25-50 mg/24 h. Jest to

leczenie pierwszego rzutu, a kuracja trwa zazwyczaj 5 dni. Zdaniem niektórych bardziej skuteczną rolę spełnia letrozol przyjmowany doustnie w dawce 2,5 mg/24h. Według badań przez niego przeprowadzonych w grupie kobiet z zespołem wielotorbielowatych jajników leczonych właśnie tym lekiem dość znacznie zauważalne jest większe prawdopodobieństwo zajścia w ciążę, urodzenia żywego dziecka, czy też występowania jajczkowania niż w przypadku stosowania cytrynianu kłomifenu. Spożywanie cytrynianu kłomifenu wiązało się z częstszym odczuwaniem uderzeń gorąca, a stosowanie letrozolu – z występowaniem uczucia zmęczenia i zawrotów głowy. Częstość pozostałych działań niepożądanych była podobna w obu grupach [21, 22].

Istnieje możliwość leczenia zespołu policystycznych jajników operacyjnie. Odbywa się to za pomocą laparoskopii, a dokładniej jest to (elektrokauteryzacja, laserowy drilling lub częściowa klinowa resekcja jajników). Taki sposób leczenia jest rozpatrywany tylko w przypadku, gdy chora nie reaguje na stymulację jajczkowania I jest zwolenniczką leczenia operacyjnego. Jednak warto podkreślić, że niesie to za sobą powikłania, a jednym z głównych może być jeszcze większe obniżenie płodności [14].

Monitorowanie efektów leczenia

Efektywność leczenia można zauważyć, gdy dzięki leczeniu i zmianie stylu życia pacjentka zauważy regularność miesiączek. Pojawienie się regularnych owulacji może być także sukcesem leczenia. Kobiety powinny być świadome długoterminowych implikacji wynikających ze swojego stanu, w tym ryzyka sercowo-naczyniowego, przez pracownika służby zdrowia (lekarza ginekologa, położnej) w sposób dostosowany do ich indywidualnej sytuacji. Kobiety powinny być świadome pozytywnego wpływu modyfikacji stylu życia, w tym utraty masy ciała, w celu poprawy objawów, zwłaszcza w przypadku kobiet z nadwagą lub otyłością. Kobiety powinny być poinformowane, że nie ma mocnych dowodów na to, że PCOS samo w sobie może powodować lub, że posiadanie PCOS utrudnia lub uniemożliwia utratę masy ciała [23].

Kwestie psychologiczne powinny być rozważane u wszystkich kobiet z PCOS. Depresja i/lub lęk powinny być rutynowo badane pod tym kątem, a jeśli występują - oceniane. Jeśli u kobiety z zespołem policystycznych jajników wynik badania przesiewowego jest pozytywny, należy przeprowadzić dalszą diagnostykę. Dalsza ocena i odpowiednie doradztwo oraz interwencja powinny być zaproponowane przez wykwalifikowanego specjalistę [23, 24].

Kobiety z PCOS są narażone na zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych i behawioralnych, jak również zaburzeń odżywiania oraz dysfunkcji seksualnych i związków [23, 24].

Powikłania

Zespół policystycznych jajników jest chorobą zaleczalną, lecz niewyleczalną. Zbagatelizowanie może prowadzić również do powikłań. Głównym jest niepłodność, która jest najczęstszym skutkiem PCOS i może dotyczyć nawet do 70% kobiet mających problem z zajściem w ciążę. Tymczasem dziewczynkom od najmłodszych lat wpajana jest wartość macierzyństwa jako nadrzędna w życiu kobiet. Posiadanie dzieci jest jednym z głównych celów życia [25, 26].

Ponadto schorzenie to może prowadzić do insulinooporności co może prowadzić do chronicznego wzrostu poziomu insuliny (hiperinsulinemia), towarzyszącej temu otyłości czy nadwagi. Hiperinsulinemia stymuluje z kolei jajniki i/lub nadnercza do wytwarzania androgenów, których nadwyżka daje kolejne objawy, takie jak: hirsutyzm (nadmierne owłosienie u kobiet), trądzik, łojotok, łysienie, a w skrajnych przypadkach – obniżenie głosu i zmiana sylwetki ciała. Nadmierne owłosienie może pojawiać się na klatce piersiowej, twarzy, ramionach, brzuchu oraz innych częściach ciała [25, 26, 27].

Choroba nieleczona niesie za sobą ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, czy rak endometrium. Może prowadzić także do:

- cukrzycy ciążowej, porodu przedwczesnego
- większego ryzyka nietolerancji glukozy, insulino oporności, cukrzycy typ 2
- otyłości
- dyslipidemii
- zespołu metabolicznego
- bezdechu śródsewnego
- zaburzeń depresyjno-lękowych [25, 26, 27].

PODSUMOWANIE

Kobiety z zespołem policystycznych jajników są narażone na wiele powikłań nie tylko ze strony układu rozrodczego, ale także układu sercowo-naczyniowego oraz prowadzi do zaburzeń metabolicznych. Choć choroba ma również podłoże genetyczne i czasem trudno jest jej zapobiec, kobiety swoimi działaniami profilaktycznymi mogą zminimalizować dolegliwości oraz zaburzenia z nią związane.

Według Brzozowskiej i Karowicz-Blińskiej [28] warte uwagi jest przyjmowanie dostatecznej ilości witaminy D. Niedobór witaminy D jest ściśle skomasowany z rozregulowaniem metabolizmu wapnia. Hamuje to dojrzewanie pęcherzyków jajnikowych i powoduje nieprawidłowości w miesiączkowaniu i niepłodność. Badania potwierdzają korzystne efekty kuracji witaminą D3 na regulację cyklu miesiączkowego, dojrzewanie pęcherzyków czy też występowanie spontanicznej owulacji u kobiet z PCOS [28].

Profilaktyka to przede wszystkim wczesna reakcja na zaburzenia funkcjonowania organizmu. W głównej mierze warto zadbać o dobrze dobraną dietę oraz edukację na temat racjonalnego żywienia. Ważna jest świadoma samokontrola oraz badania profilaktyczne. Wizyta u specjalisty ginekologa, wykonane USG narządów rodnych, konsultacja z endokrynologiem oraz badania laboratoryjne.

Edukacja zdrowotna jest jednym z najważniejszych czynników w profilaktyce każdej choroby. Dlatego też, aby edukacja zdrowotna była skuteczna powinna być prowadzona od najmłodszych lat, zarówno w środowisku domowym jak i szkolnym. Zapewnienie warunków, by zachowania służące zdrowiu mogły być realizowane.

PIŚMIENNICTWO

1. Manfredi- Lozano M., Tena-Sempere J.R.: Connecting metabolism and gonadal function: Novel central neuropeptide pathways involved in the metabolic control of Huberty and fertility. *Frontiers in Neuroendocrinology* 2017, 48: 37-49.
2. Szydłarska D, Grzesiuk W., Bar-Andziak E.: Kontrowersje wokół patogenezы zespołu policystycznych jajników. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2010, 6(3): 141-146.
3. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Human Reproduction* 2004, 19: 41–47.
4. Rodriguez Paris V., Bertoldo M.J.: The Mechanism of Androgen Actions in PCOS Etiology. *Medical Sciences* 2019, 7(9): 89.
5. Droszol-Cop A., Sidło- Stawowy A., Sajdak D., Skrzypulec- Plinta V.: Rozpoznanie zespołu policystycznych jajników u dziewcząt. *Ginekologia Polska* 2014, 85: 145-148.
6. Legro R.S, Dodson W.C., Kros- Etherton P.M. et al.: Randomized controlled trial of preconception interventions in infertile women with polycystic ovary syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2015, 100(11): 4048-4058.

Zespół policystycznych jajników

7. Wu Y., Zhong G., Chen S. et al.: Polycystic ovary syndrome is associated with anogenital distance, a marker of prenatal androgen exposure. *Human Reproduction*. 2017, 32(4): 937-943.
8. Skrzypulec- Plinta V., Drosdzol-Cop A.: Zespół policystycznych jajników u nastolatek- diagnostyka, postępowanie. [w:] *Ginekologia dziecięca i dziewczęca*. Skrzypulec- Plinta V., Drosdzol-Cop A. (red.). PZWL, Warszawa 2016: 147-154.
9. Kuligowska- Jakubowska M., Dardzińska J., Rachoń D.: Zaburzenia gospodarki węglowodanowej u kobiet z zespołem wielotorbielowatych jajników (PCOS). *Diabetologia Kliniczna* 2012, 1(5): 185-195.
10. Maj P., Rotsztejn H., Erkiert-Polguj A.: Skin lesions in polycystic ovary syndrome. *Aesthetic Cosmetology Medicine* 2022, 11(5): 155-160.
11. Stępkowska J., Przygodzka J.: Metody rozpoznawania płodności jako narzędzie profilaktyki zdrowotnej wspierającej proces diagnostyczny zaburzeń zdrowia prokreacyjnego w opinii kobiet w wieku rozrodczym. *Kwartalnik Naukowy* 2020, 3(43): 211-222.
12. Kuczyński W., Kurzawa R., Oszukowski P.: Rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia niepłodności. *Ginekologia Polska* 2012, 83: 149-154.
13. Piechowska J., Roczon E., Bazylewicz A.: Zastosowanie techniki ultrasonograficznej w diagnostyce i leczeniu niepłodności. *European Journal of Medical Technologies* 2015, 1(6): 1-6.
14. Bachanek M., Abdalla N., Cendrowski K., Sawicki W.: Wartość ultrasonografii w diagnostyce zespołu policystycznych jajników- przegląd piśmiennictwa. *Journal of Ultrasonography* 2015, 15: 410-422.
15. Wytyczne Androgen Excess & PCOS Society 13th Annual Meeting Siracusa 4-6 Oct 2015.
16. Faghfoori Z., Fazelian S., Shadnoush M., Goodarzi R.: Nutritional management in women with polycystic ovary syndrome: A review study. *Diabetes and Metabolism Syndrome* 2017, 11: 429- 432.
17. Diamanti-Kandarakis E., Dunaif A.: Insulin resistance and the polycystic ovary syndrome revisited: an update on mechanisms and implications. *Endocrine Reviews* 2012, 33: 981–1030.
18. Kłósek P., Grosicki S., Całyniuk B.: Dietoterapia w zespole policystycznych jajników – zalecenia praktyczne. *Forum Zaburzenia Metaboliczne* 2017, 8(4): 148–154.

Zespół policystycznych jajników

19. Sadłocha M., Skrzypulec-Plinta V.: Insulinozależny model patofizjologiczny zespołu policystycznych jajników: Rola metforminy w procesie leczniczym. *Forum Położnictwa i Ginekologii* 2017, 32: 20-28.
20. Kostecka M.: Zespół policystycznych jajników – rola diety i suplementacji we wspomaganiu leczenia. *Kosmos Problemy Nauk Biologicznych* 2018, 67[4(321)]: 855-862.
21. Legro R.: Letrozole versus clomiphene for infertility in the polycystic ovary syndrome. *The New England Journal of Medicine* 2014, 371: 119–129.
22. Jakimiuk A., Szamatowicz J.: Rola niedoboru inozytolu w patofizjologii zaburzeń występujących w zespole policystycznych jajników. *Ginekologia Polska* 2014, 85: 54-57.
23. Walczak-Gałęzewska M., Kręgielska-Narozna M., Bogdański P.: Kobieta z zespołem policystycznych jajników - pacjent podwyższonego ryzyka kardiometabolicznego. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2016, 7(2): 79-83.
24. Gur E.B, Karadeniz M., Turan G.A.: Fetal programming of polycystic ovary syndrome. *World Journal of Diabetes* 2015, 6(7): 936-942.
25. Escobar-Morreale H.F, Roldan-Martin M.B.: Type 1 Diabetes and Polycystic Ovary Syndrome: Systematic Review and Meta-analysis. *Diabetes Care* 2016, 39(4): 639-648.
26. Sznurkowski J.J., Knapp P., Bodnar L. et al.: Recommendations of the Polish Gynecological Oncology Society for the diagnosis and treatment of endometrial cancer. *Current Gynecologic Oncology* 2017, 15 (1): 34–44.
27. Szczuko M., Skowronek M., Zapałowska-Chwyć M., Starczewski A.: Quantitative assessment of nutrition in patients with the polycystic ovary syndrome (PCOS). *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny* 2016; 67: 419-426.
28. Brzozowska M., Karowicz-Blińska A.: Rola niedoboru witaminy D w patofizjologii zaburzeń występujących w zespole policystycznych jajników. *Ginekologia Polska* 2013, 84: 456-460.

Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników

Marta Dąbrowska^{1,2}, Barbara Jankowiak³

1. Absolwentka studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Oddział Pediatrii i Neurologii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Jedną z głównych ról kobiet jest dawanie światu potomstwa. Często jednak bywa tak, że jest to poważnie utrudnione. Istnieje wiele chorób, które hamują tę możliwość lub całkowicie uniemożliwiają zajście w ciążę. Ale uzyskanie potomstwa nie jest jedynym celem życiowym płci żeńskiej. Każda kobieta dąży do samoakceptacji i zadowolenia z życia społecznego. Mimo, iż choroby układu rozrodczego i często również układu endokrynnego dotyczą wielu kobiet, pacjentki wielokrotnie zakładają to za wstydlivy problem i zwlekają z wizytą u specjalisty, a co za tym idzie z leczeniem.

Zespół policystycznych jajników niejednokrotnie zaburza powyższe cele. Jest to choroba, która dotyka kobiety w szczególności w wieku rozrodczym, jednak może dotyczyć pacjentek w różnym wieku. Jest jedną z najczęstszych endokrynopatii. Zaburzona jest gospodarka hormonalna pacjentek, jak również praca narządów rozrodczych, głównie jajników. Polega to na obecności wielu torbieli na jajnikach, a co za tym idzie zaburzona zostaje praca cyklu miesięczkowego, która prowadzi do wielu dysfunkcji oraz negatywnych i uporczywych objawów. O tym schorzeniu można usłyszeć coraz częściej wśród kobiecego społeczeństwa.

CEL PRACY

Celem pracy było sprawdzenie wiedzy kobiet dotyczącej zespołu policystycznych jajników.

Cel główny został poszerzony o cele szczegółowe pracy:

1. Określenie znajomości kobiet odnoszącej się do głównych i typowych objawów choroby.
2. Poznanie sposobu czerpania wiedzy na temat omawianego schorzenia.

3. Ukazanie wiedzy ankietowanych dotyczącej najczęstszych powikłań mogących mieć miejsce w wyniku choroby.
4. Poznanie możliwych badań diagnozujących PCOS.
5. Ocenę znajomości możliwych sposobów leczenia zespołu policystycznych jajników.
6. Poznanie ilości respondentek chorujących na zespół policystycznych jajników.

MATERIAŁ I METODA

Badanie zostało przeprowadzone wśród 118 kobiet w wieku 18-45 lat.

Badanie było wykonane metodą sondażu diagnostycznego, podczas którego użyto autorskiego kwestionariusza ankiety. Ankieta składała się z 24 pytań- 8 pytań metryczkowych i 16 pytań zasadniczych. 17 pytań to pytania jednokrotnego wyboru, natomiast 7 pytań to pytania wielokrotnego wyboru.

Pracę badawczą prowadzono po wydaniu zgody Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.

Badanie miało charakter społeczny, a kwestionariusze ankiety zostały zbierane głównie drogą internetową. Przed rozpoczęciem badania, każda osoba ankietowana otrzymała informację o przeprowadzeniu badania. Dodatkowo respondentki zostały poinformowane o zapewnieniu całkowitej anonimowości oraz konieczności samodzielnego uzupełniania ankiety.

Analiza statystyczna to proces interpretacji i opisu danych numerycznych, który ma na celu zrozumienie i opisanie zjawisk zachodzących w badanym zbiorze danych. Analiza statystyczna wykorzystuje narzędzia matematyczne i statystyczne aby znaleźć wzorce i zależności między zmiennymi oraz ocenić ich istotność.

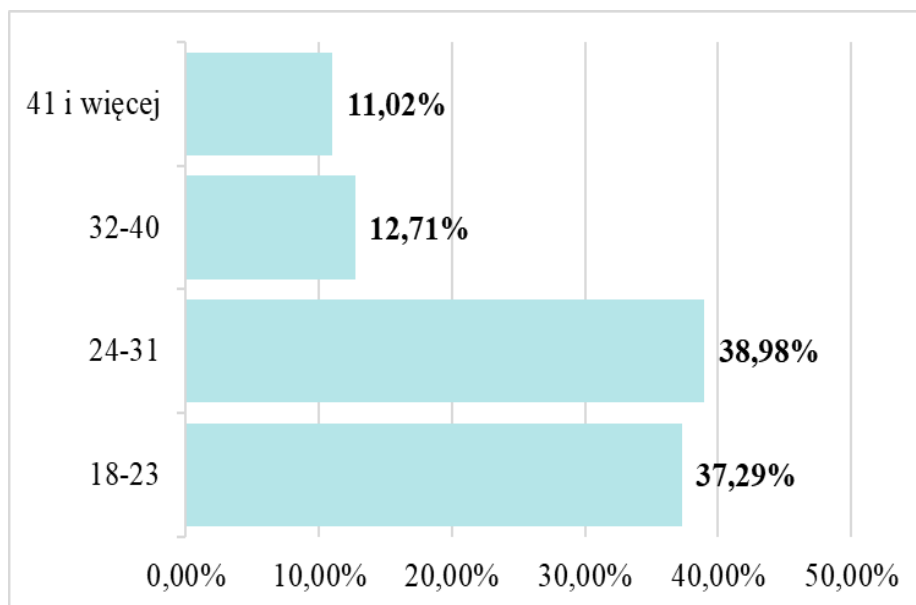
W badaniu posłużono się także testem Fishera oraz wyliczono współczynnik p. Zależność na poziomie istotnym statystycznie występuje, gdy wartość p jest wyższa niż 0,05.

WYNIKI

Przedstawienie grupy badanej

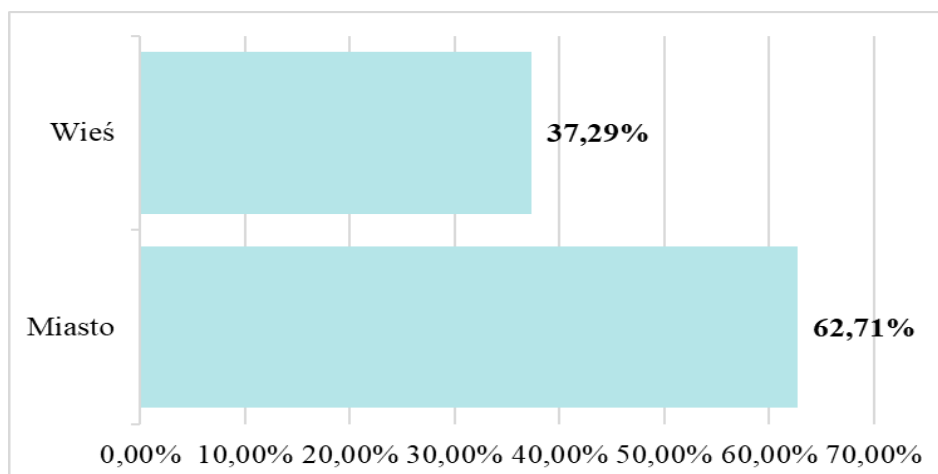
Do badania na temat wiedzy dotyczącej zespołu policystycznych jajników przystąpiło 118 kobiet (n=118; 100,00%) w różnym wieku. Największą grupę tworzyły ankietowane między 24. a 31. rokiem życia (n=46; 38,98%). Kolejna grupa to badane w wieku 18 – 23 lata (n=44; 37,29%). W wieku 41 lat i więcej odnotowano 13 badanych (11,02%) – Rycina 1.

Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników



Rycina 1. Wiek respondentek

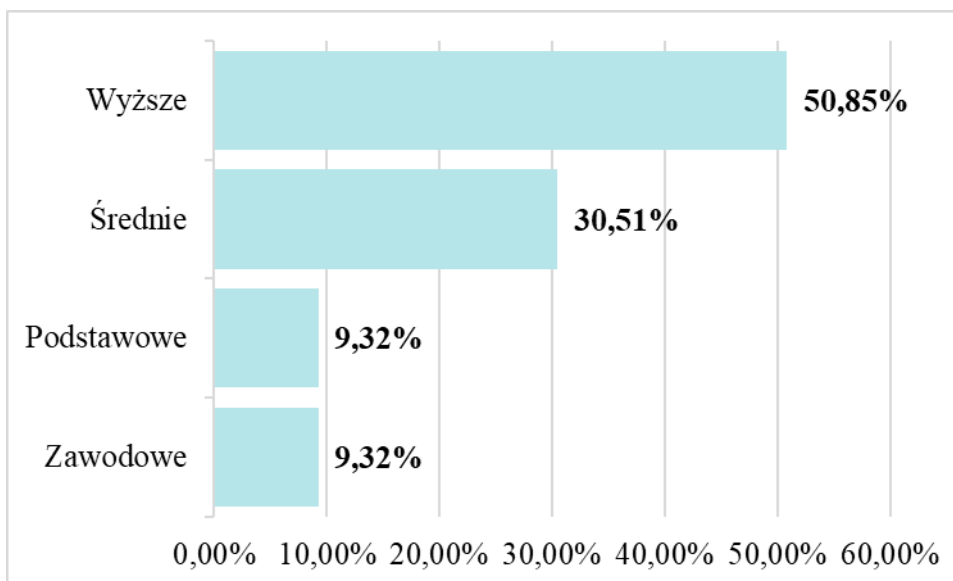
Na pytanie odnośnie miejsca zamieszkania większość uczestniczek badania pochodzi z miast (n=74; 62,71%) – Rycina 2.



Rycina 2. Miejsce zamieszkania respondentek

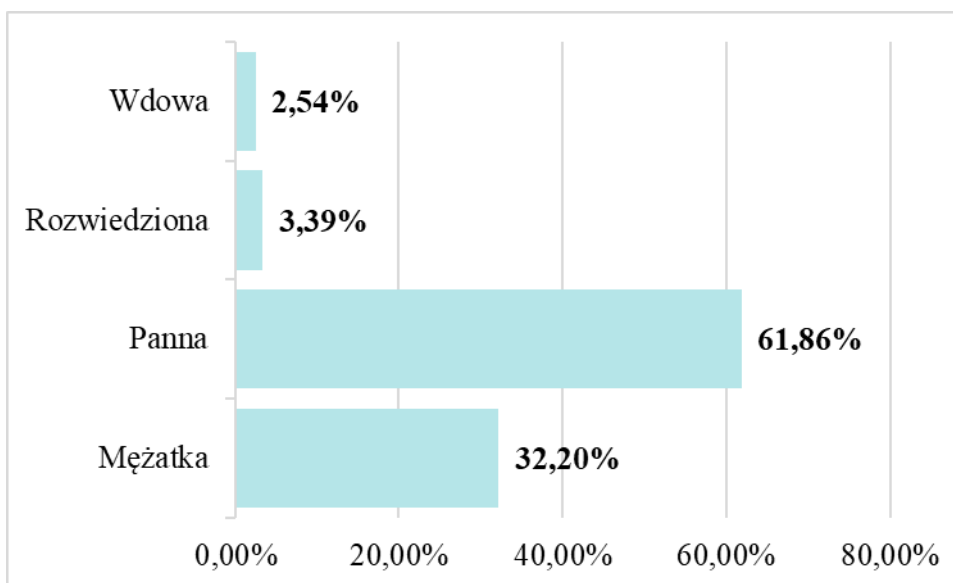
Dokonując podziału respondentek pod względem wykształcenia dominowały osoby z wykształceniem wyższym (n=60; 60,85%). O wykształceniu średnim wspomniało 36 ankietowanych (30,51%). Wykształcenie podstawowe i zawodowe posiadało jednakowo 9,32% badanej populacji (n=11) – Rycina 3.

Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników



Rycina 3. Wykształcenie respondentek

Większość uczestniczek biorących udział w badaniu to panny (n=73; 61,86%). Mężatki stanowiły 32,20% grupy badanej (n=38). Najmniejszą grupę tworzyły wdowy (n=3; 2,54%). Inne odpowiedzi respondentek uszeregowano na Rycinie 4.

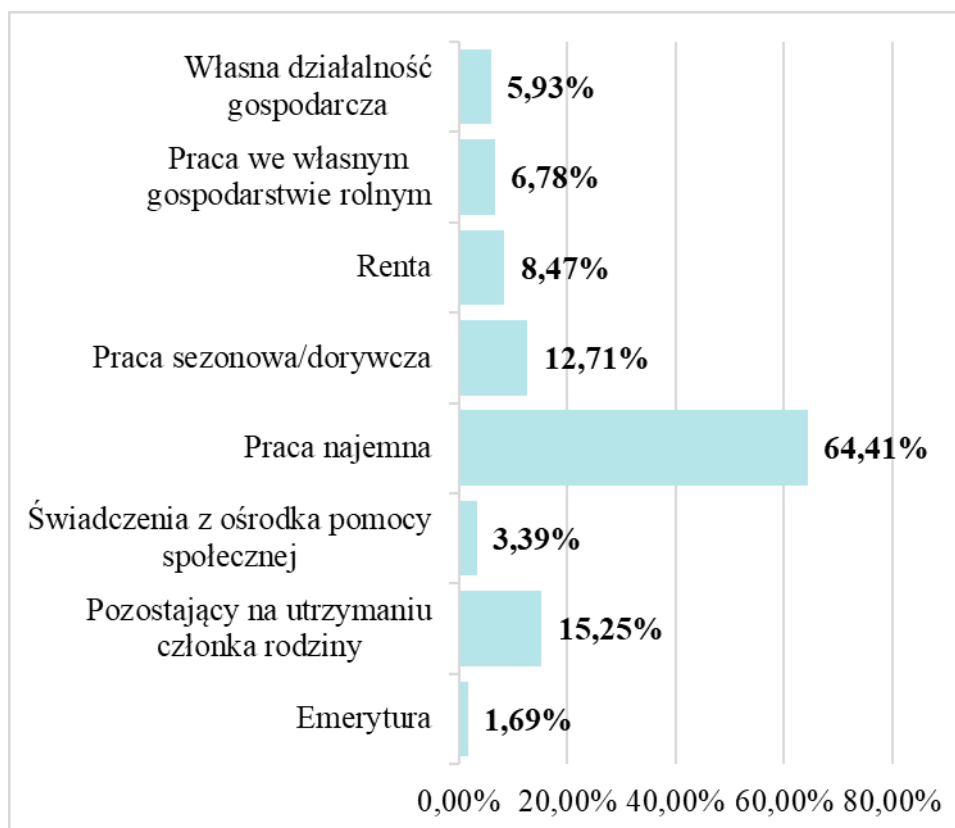


Rycina 4. Stan cywilny respondentek

Kolejne pytanie dotyczyło sposobu utrzymywania się. Głównym źródłem utrzymania badanych kobiet była praca najemna, czyli praca na umowę o pracę, umowę zlecenie lub umowę o dzieło (n=76; 64,41%). Na utrzymaniu rodziny pozostawało 15,25% grupy (n=18). O pracy sezonowej lub dorywczej wspomniało 12,71% respondentek (n=15). Na emeryturze jest

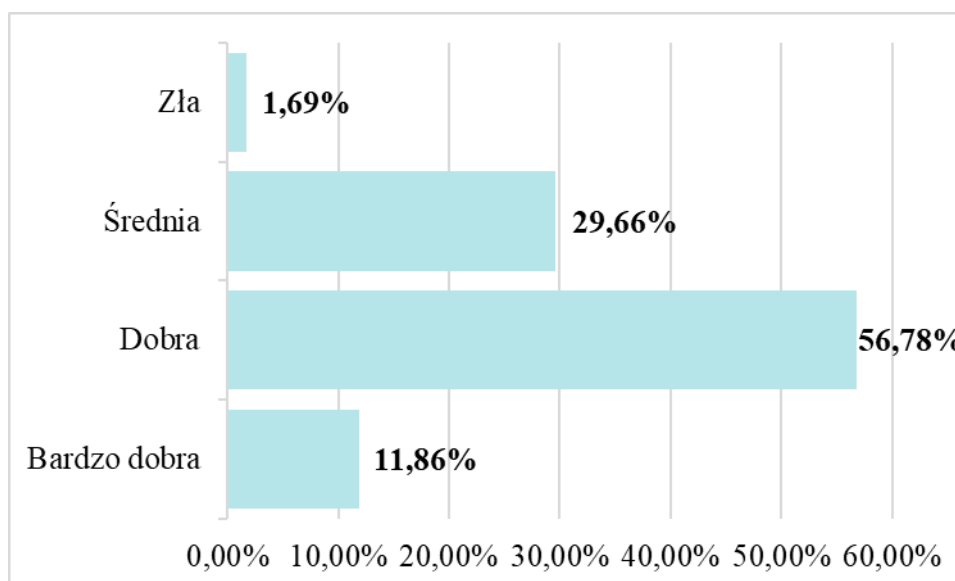
Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników

najmniej uczestniczek- 1,69% (n=2). Wszystkie źródła utrzymania wyszczególniono na Rycinie 5.



Rycina 5. Źródło utrzymania respondentek

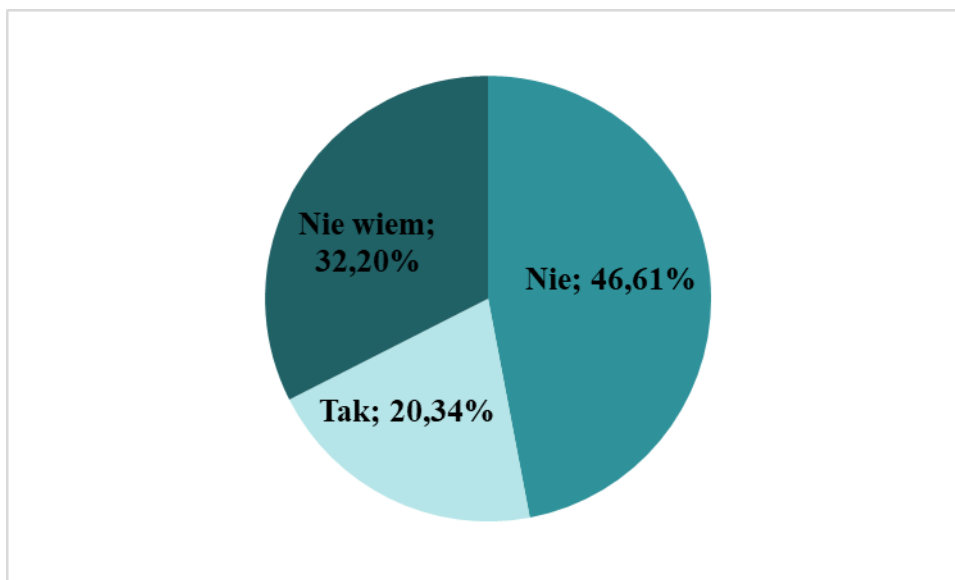
Ponad ½ badanej populacji określiła swoją sytuację materialną jako dobrą (n=67; 56,78%), bardzo dobrą (11,86%; n=14). Status materialny na średnim poziomie wskazało 35 ankietowanych (29,66%), zły poziom 2 ankietowane (1,68%) – Rycina 6.



Rycina 6. Sytuacja materialna respondentek

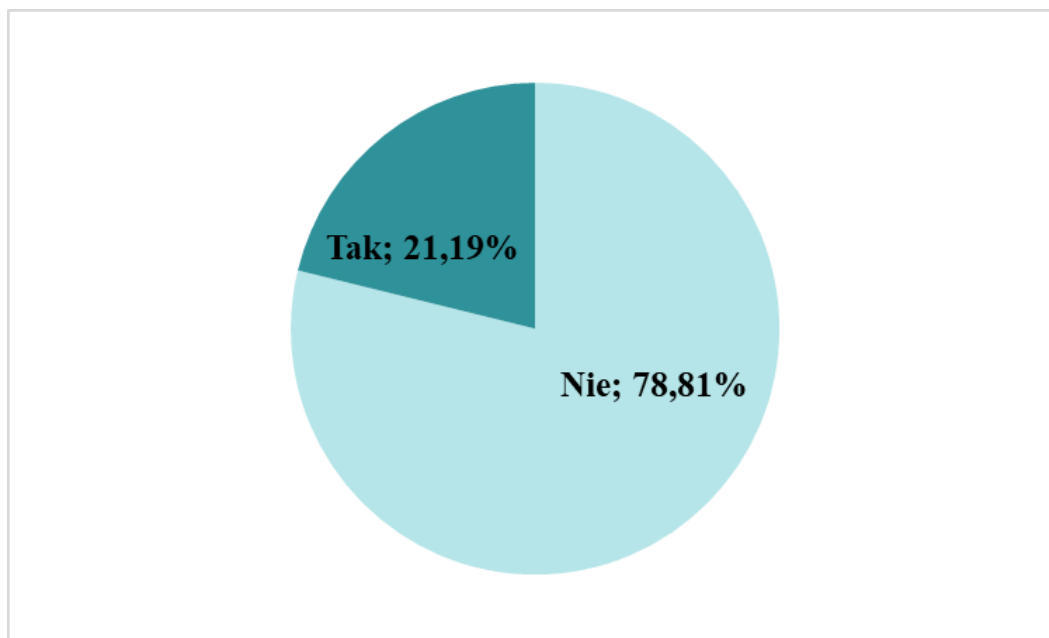
Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników

Badane zostały zapytane czy ktoś z ich bliskich choruje na Zespół Policystycznych Jajników. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 24 ankietowanych (20,34%), odpowiedzi przeczącej udzieliło 55 respondentek (46,61%) – Rycina 7.



Rycina 7. Zachorowalność na Zespół Policystycznych Jajników wśród rodzin respondentek

Na Zespół Policystycznych Jajników choruje 21,19% badanych (n=25) – Rycina 8.

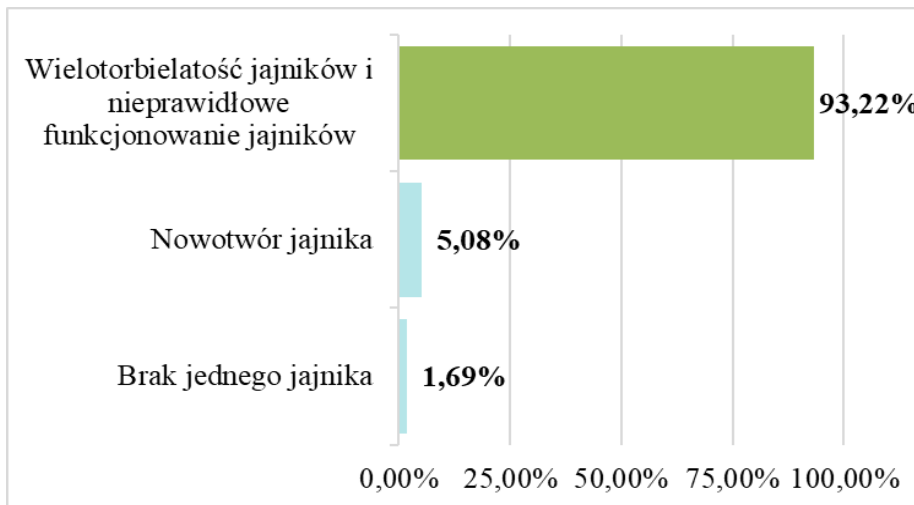


Rycina 8. Zespół Policystycznych Jajników zdiagnozowany u respondentek

Szczegółowe opracowanie wyników

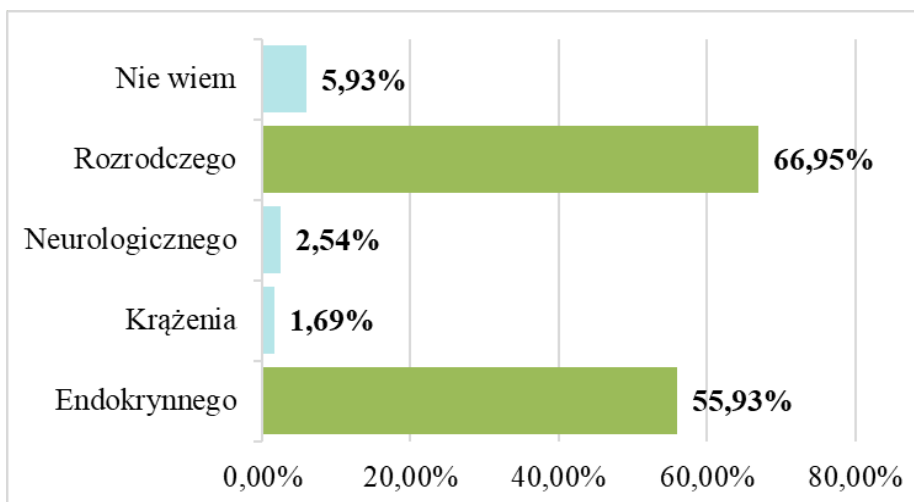
Dokonano sprawdzenia posiadanych wiadomości respondentek na temat PCOS. Prawidłowe odpowiedzi zaznaczono na wykresach kolorem zielonym, niepoprawne kolorem niebieskim.

Pytanie dotyczyło definicji omawianej jednostki chorobowej. Zespół Policystycznych Jajników to wielotorbielowatość i nieprawidłowe funkcjonowanie jajników. Poprawną odpowiedź wskazało 93,22% grupy (n=110). Za nowotwór jajnika uznało to 5,08% ankietowanych (n=6), brak jednego jajnika wskazało 1,69% (n=2) – Rycina 9.



Rycina 9. Definicja Zespołu Policystycznych Jajników

Zespół Policystycznych Jajników spowodowany jest zaburzeniami funkcjonowania układów rozrodczego (n=79; 66,95%), jak również endokrynnego (n=66; 55,93%) – Rycina 10.

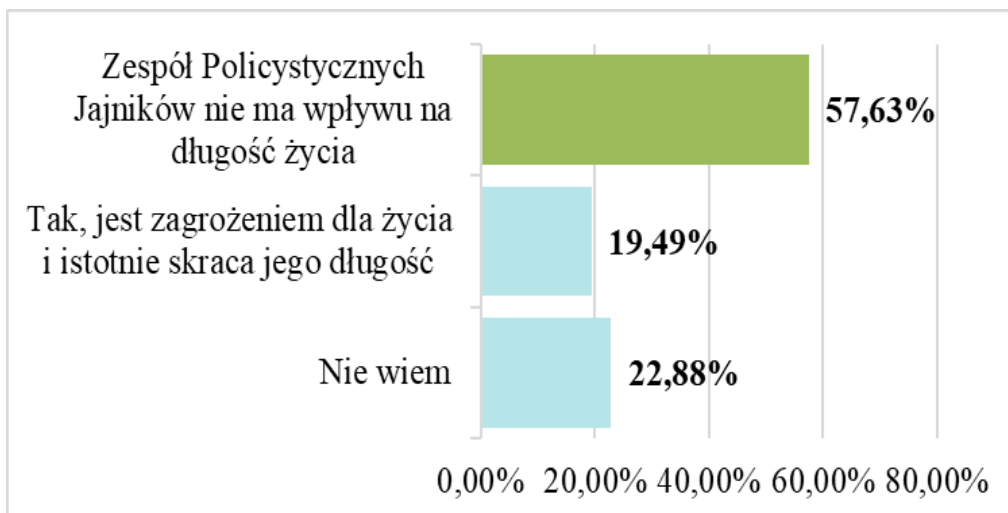


* Wartość sumy wszystkich odpowiedzi jest wyższa niż 100,00%, ponieważ pytanie było wielokrotnego wyboru

Rycina 10. Układy, na których pracę wpływa Zespół Policystycznych Jajników

Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników

Na pytanie dotyczące wpływu choroby na długość życia, ponad ½ grupy badanej było zdania, że PCOS nie ma wpływu na długość życia chorej (n=68; 57,63%). Jest to prawidłowa odpowiedź. Ponad 19,49% (n=23) uznało chorobę za zagrożenie dla życia. O braku wiedzy poinformowało 27 ankietowanych kobiet (22,88%) – Rycina 11.



Rycina 11. Zespół Policystycznych Jajników jako zagrożenie dla życia chorego

Kolejne pytanie dotyczyło symptomów choroby. Charakterystycznymi objawami PCOS są zaburzenia hormonalne (n=93; 78,81%), trądzik (n=58; 49,15%), nadmierne owłosienie (n=52; 44,07%), otyłość (n=46; 38,98%) oraz problemy z zajściem w ciążę (n=101; 78,81%). Wszystkie dane zebrano na Rycinie 12.

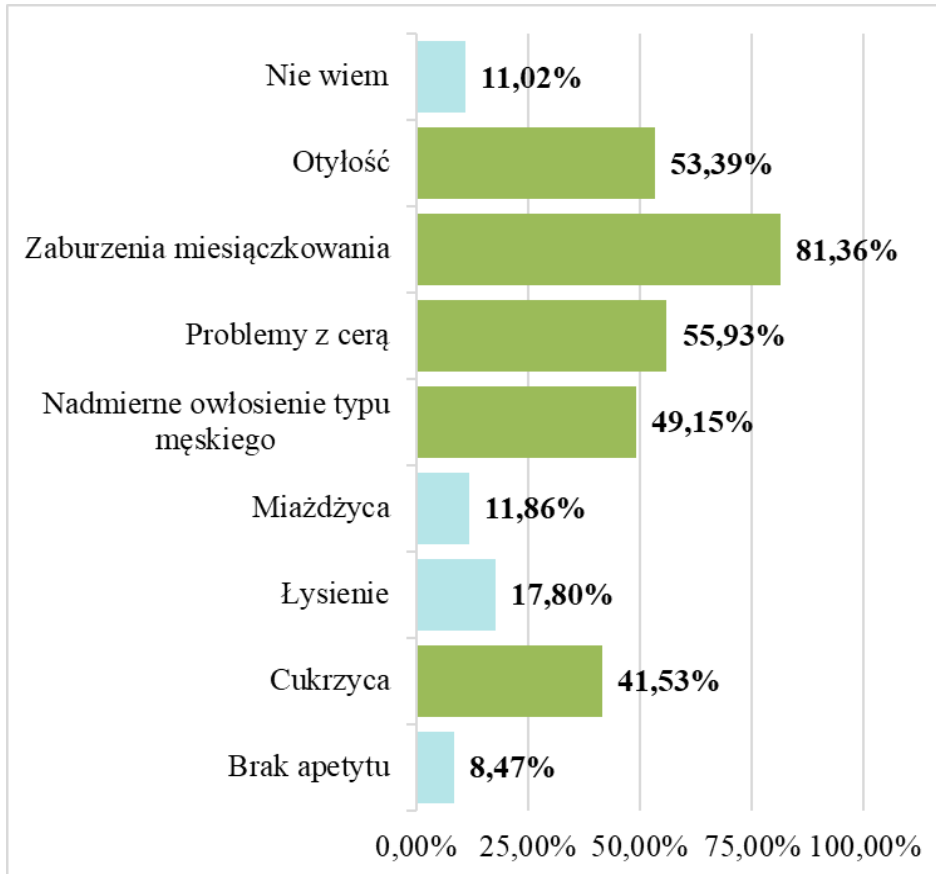


* Wartość sumy wszystkich odpowiedzi jest wyższa niż 100,00%, ponieważ pytanie było wielokrotnego wyboru

Rycina 12. Charakterystyczne objawy Zespołu Policystycznych Jajników

Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników

Powikłaniami Zespołu Policystycznych Jajników są: otyłość (n=63; 53,39%), zaburzenia miesiączkowania (n=96; 81,36%), problemy z cerą (n=66; 55,93%), nadmierne owłosienie typu męskiego (n=58; 49,15%) oraz cukrzyca (n=49; 41,53%). Brak apetytu, łysienie, miażdżyca zaznaczyło mniej niż 20% ankietowanych – Rycina 13.

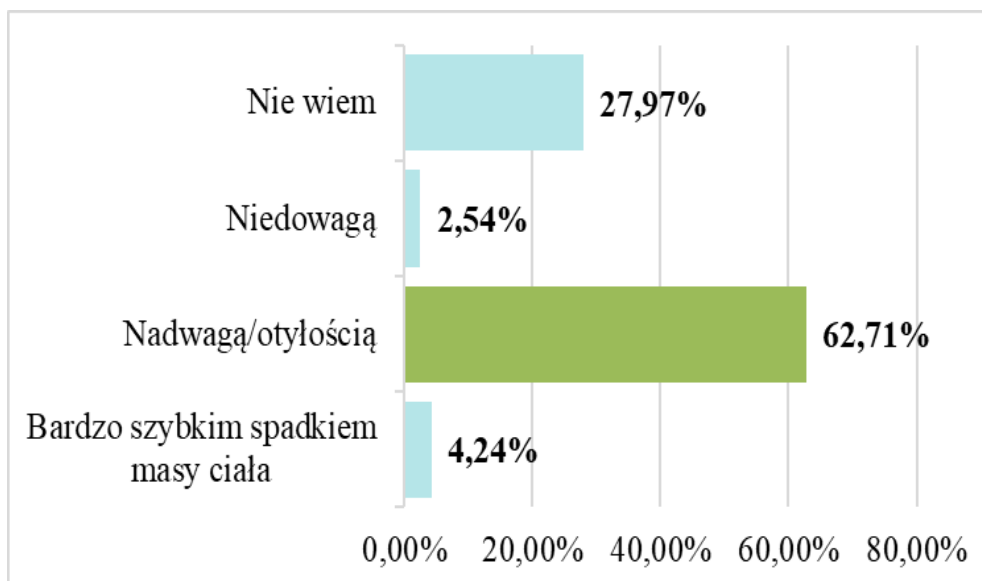


* Wartość sumy wszystkich odpowiedzi jest wyższa niż 100,00%, ponieważ pytanie było wielokrotnego wyboru

Rycina 13. Powikłania Zespołu Policystycznych Jajników

PCOS jest chorobą, w której kobiety mają problem z nadwagą lub otyłością. Poprawną odpowiedź wskazało 62,71% badanej populacji (n=74). Bardzo szybki spadek masy ciała wskazało 4,24% (n=5), niedowagę 2,54% (n=3) – Rycina 14.

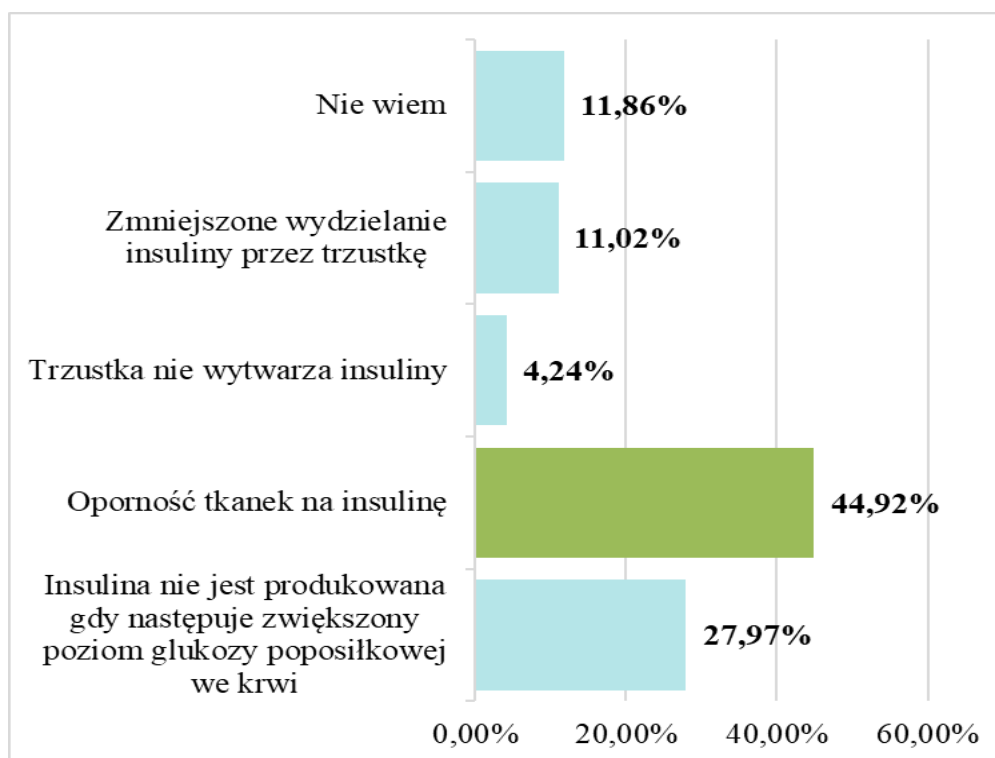
Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników



* Wartość sumy wszystkich odpowiedzi jest wyższa niż 100,00%, ponieważ pytanie było wielokrotnego wyboru

Rycina 14. Problemy kobiet z Zespołem Policystycznych Jajników

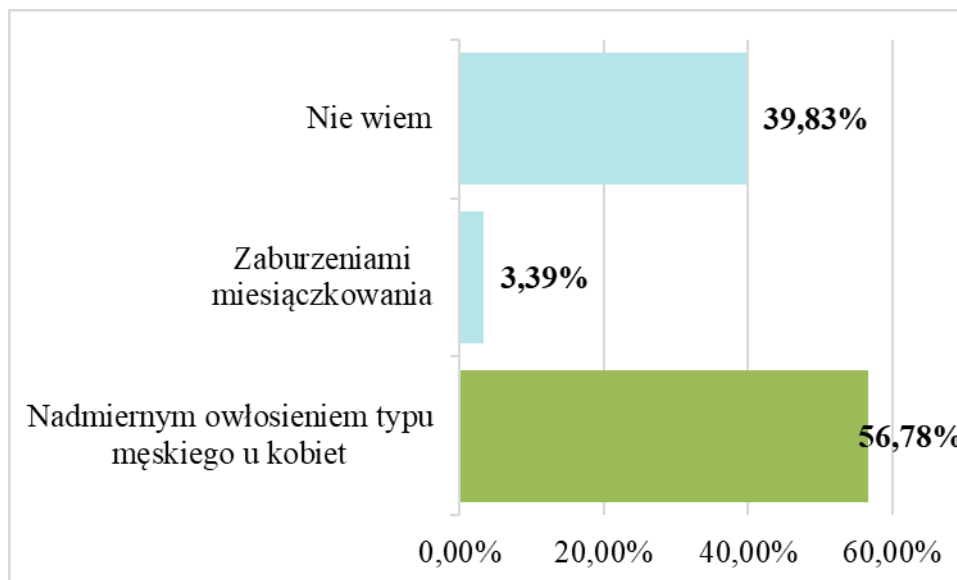
Następne pytanie dotyczyło definicji słowa insulinooporność. „Insulinooporność” to oporność tkanek na insulinę – taką odpowiedź podało 53 kobiet (44,92%). Zdaniem 27,97% insulinooporność oznacza to, że insulina nie jest produkowana, gdy następuje zwiększony poziom glukozy po posiłkowej we krwi. 11,02% uważa to za zmniejszone wydzielanie insuliny przez trzustkę, a 4,24% za niewytwarzanie insuliny przez trzustkę (Rycina 15).



Rycina 15. Insulinooporność zdaniem respondentek

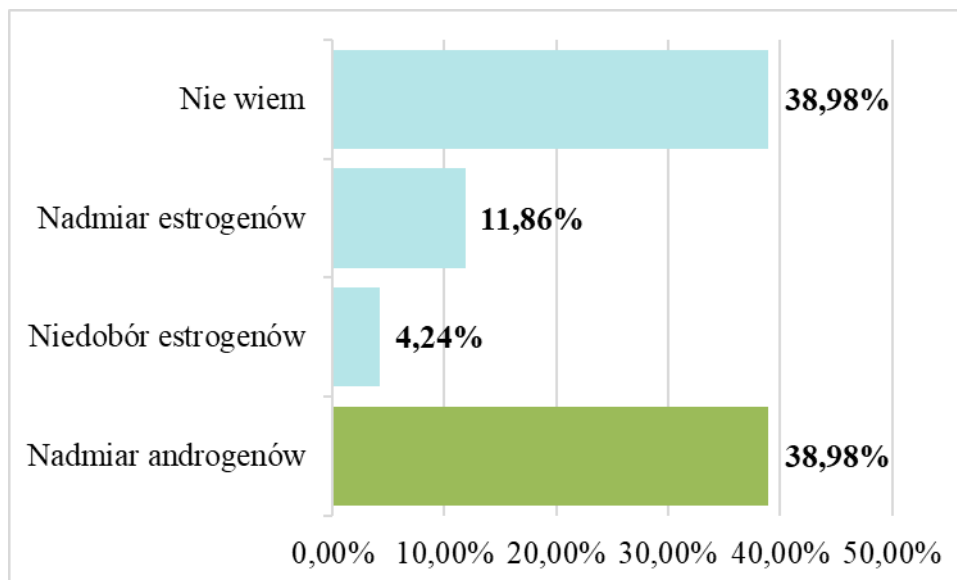
Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników

Uczestniczki badania zostały zapytane czym jest hirsutyzm. Najważniejszym objawem hirsutyzmu zdaniem ankietowanych jest nadmierne owłosienie typu męskiego u kobiet (n=67; 56,78%). Odpowiedź „nie wiem” wybrało 39,83% badanej populacji (n=44), natomiast za zaburzenia miesiączkowania uznaje to 3,39% badanych – Rycina 16.



Rycina 16. Objawy hirsutyzmu

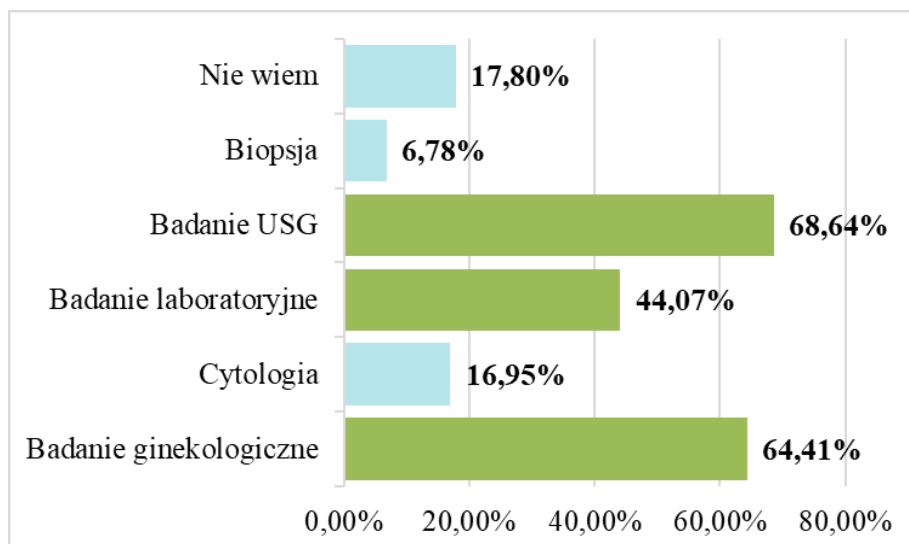
Przyczyną hirsutyzmu jest nadmiar androgenów (n=46; 38,98%). Brak wiedzy wykazało łącznie 65 ankietowanych kobiet – Rycina 17.



Rycina 17. Przyczyna hirsutyzmu

Metodami rozpoznawania Zespołu Policystycznych jajników są badania diagnostyczne, do których według ankietowanych głównie należy USG (n=81; 68,64%), badania ginekologiczne (n=76; 64,41%) oraz badania laboratoryjne (n=52; 44,1%). Pozostałe odpowiedzi uczestniczek badania uszeregowano na Rycinie 18.

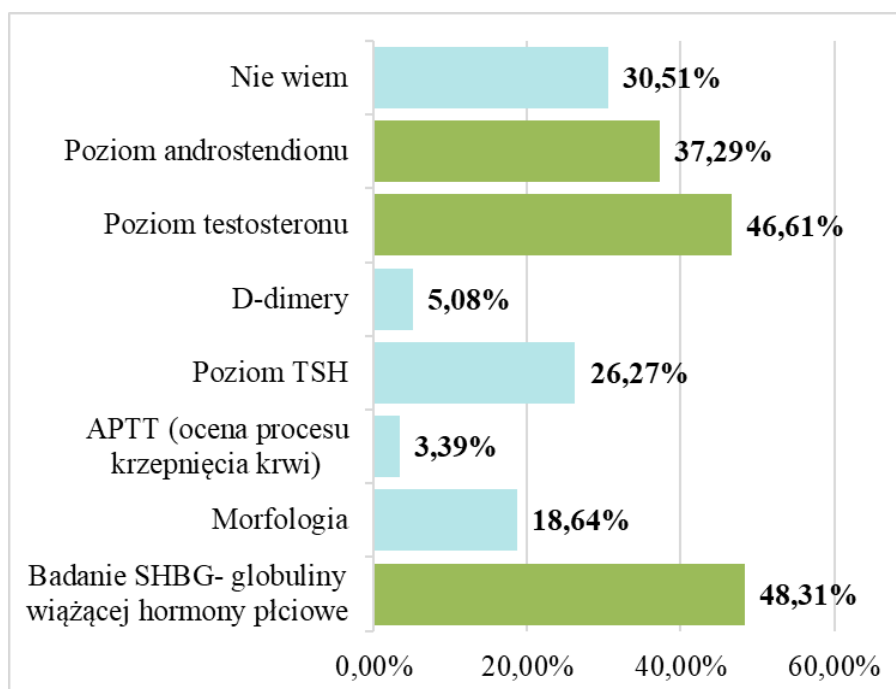
Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników



* Wartość sumy wszystkich odpowiedzi jest wyższa niż 100,00%, ponieważ pytanie było wielokrotnego wyboru

Rycina 18. Metody rozpoznania Zespołu Policystycznych Jajników

Aby zdiagnozować Zespół Policystycznych Jajników należy wykonać badania laboratoryjne pod kątem poziomu testosteronu (n=55; 46,61%), poziomu androstendionu (n=44; 37,29%) oraz poziomu globuliny wiążącej hormony płciowe SHBG (n=57; 48,31%). Za poprawne odpowiedzi (n=31; 26,27%) uznało poziom TSH, (n=22; 18,64%) morfologię, (n=6; 5,08%) D-dimery oraz (n=4; 3,39%) APTT (ocena procesu krzepnięcia krwi). Odpowiedź „nie wiem” wskazało 30,51% grupy (n=36) – Rycina 19.

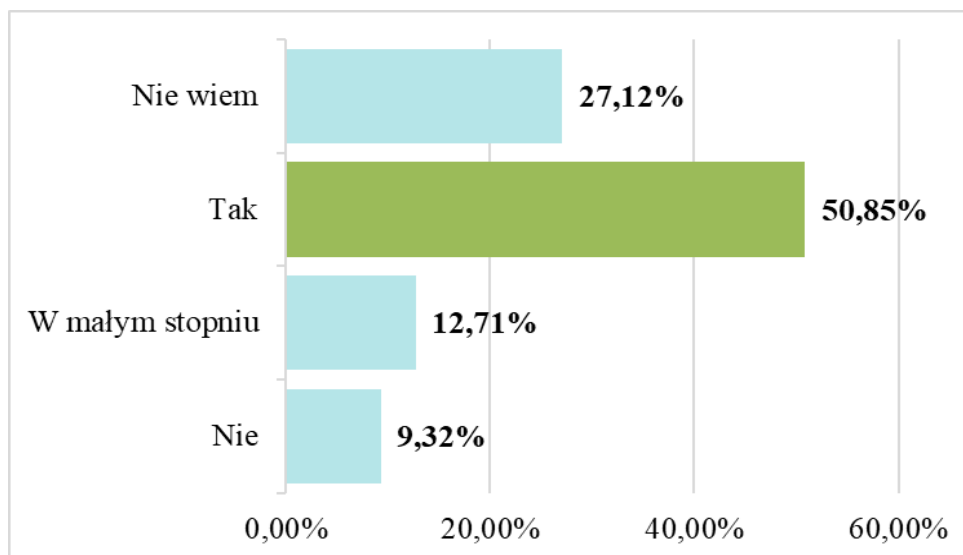


* Wartość sumy wszystkich odpowiedzi jest wyższa niż 100,00%, ponieważ pytanie było wielokrotnego wyboru

Rycina 19. Badania, które należy wykonać by zdiagnozować Zespół Policystycznych Jajników

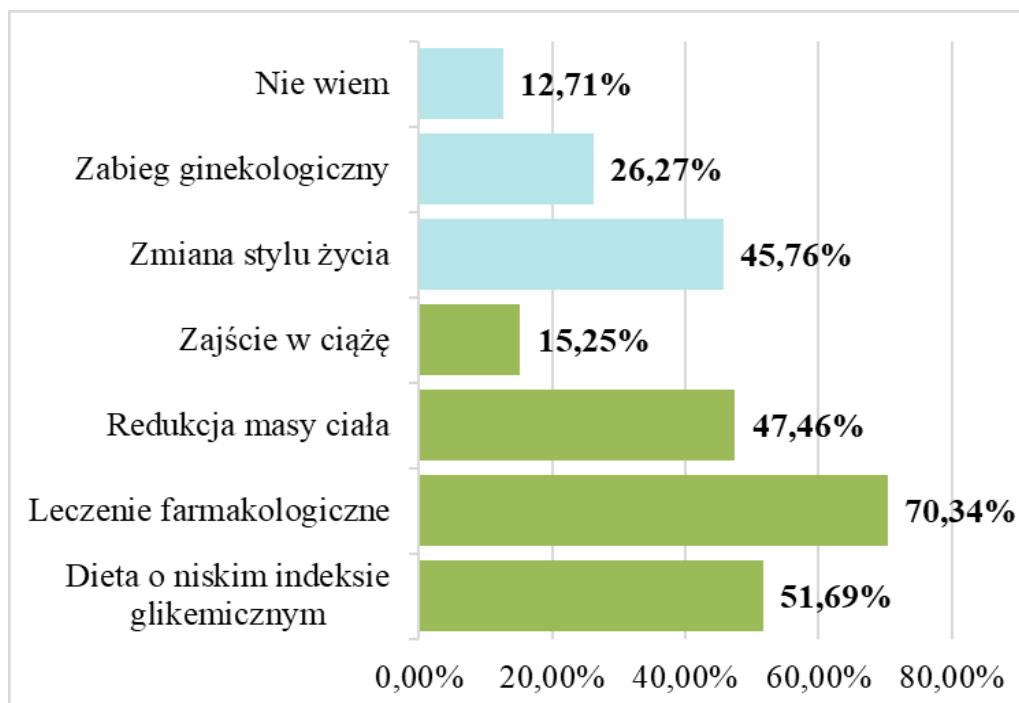
Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników

Na pytanie dotyczące wpływu wysiłku fizycznego na leczenie PCOS (n=60; 50,85%) uznało aktywność ruchową za znaczącą. 12,71% było zdania, że aktywność fizyczna w małym stopniu ma znaczenie, natomiast 9,32% zaznaczyło odpowiedź „Nie” – Rycina 20.



Rycina 20. Znaczenie wysiłku fizycznego w leczeniu Zespołu Policystycznych Jajników

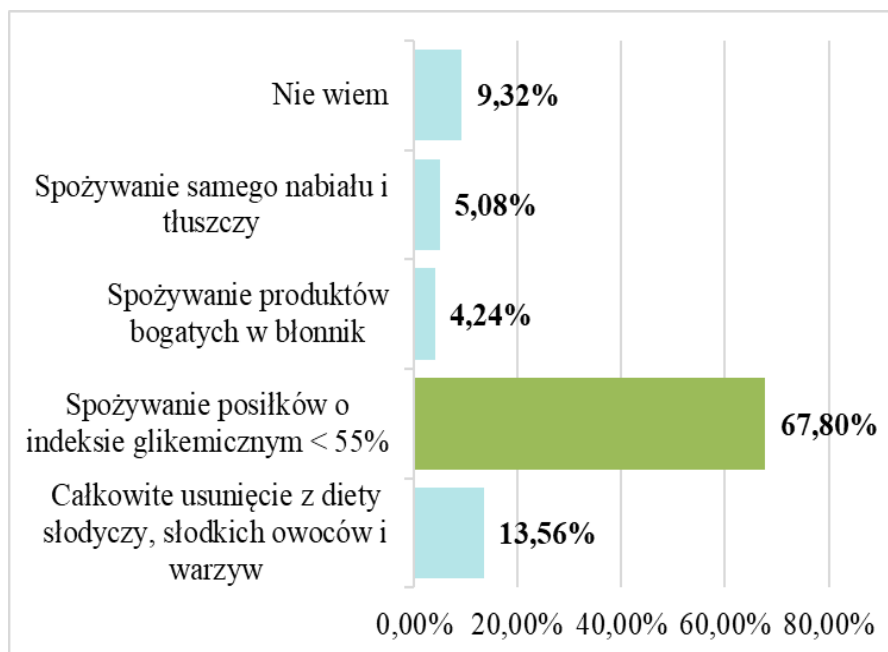
Metodami leczenia Zespołu Policystycznych jajników jest leczenie farmakologiczne (n=83; 70,34%), dieta o niskim indeksie glikemicznym (n=61; 51,69%), redukcja masy ciała (n=56; 47,46%) oraz zajście w ciążę (n=18; 15,25%)– Rycina 21.



Rycina 21. Metody leczenia Zespołu Policystycznych Jajników

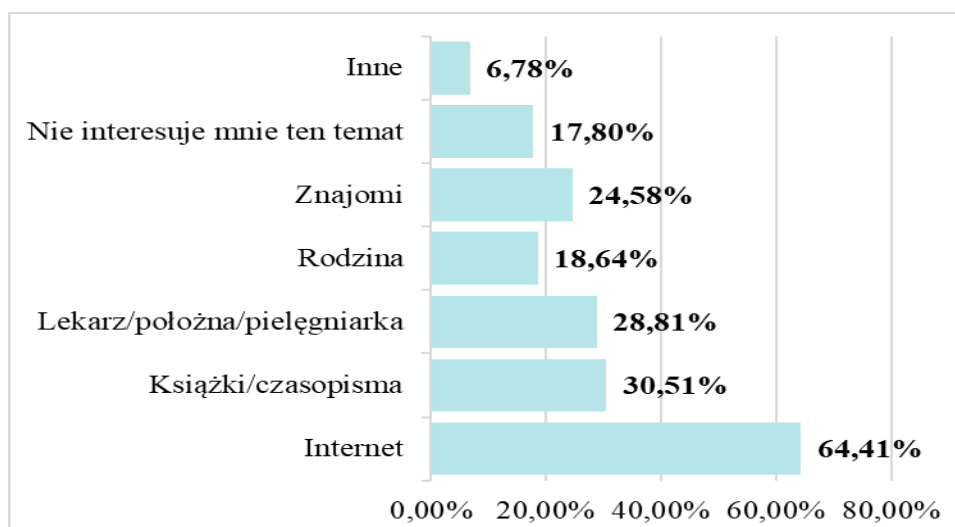
Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników

Pojęcie „dieta o niskim indeksie glikemicznym” to spożywanie posiłków o indeksie glikemicznym < 55%. Poprawną odpowiedź wskazało 67,80% grupy (n=80). 13,56% (n=16) ankietowanych uznaje to za całkowite usunięcie z diety słodczy, słodkich owoców i warzyw, 5,08% (n=6)- spożywanie samego nabiału i tłuszczu, 4,24% (n=5) spożywanie produktów bogatych w błonnik – Rycina 22.



Rycina 22. Dieta o niskim indeksie glikemicznym

Głównym źródłem wiedzy na temat Zespołu Policystycznych jajników wśród ankietowanych był Internet (n=76; 64,41%). Wiedzę od lekarza, położnej czy pielęgniarki czerpało 28,81% grupy (n=34), a informacje z książek i czasopism zdobywało 30,51% badanych (n=36). Inne źródła wiedzy ukazano na Rycinie 23.

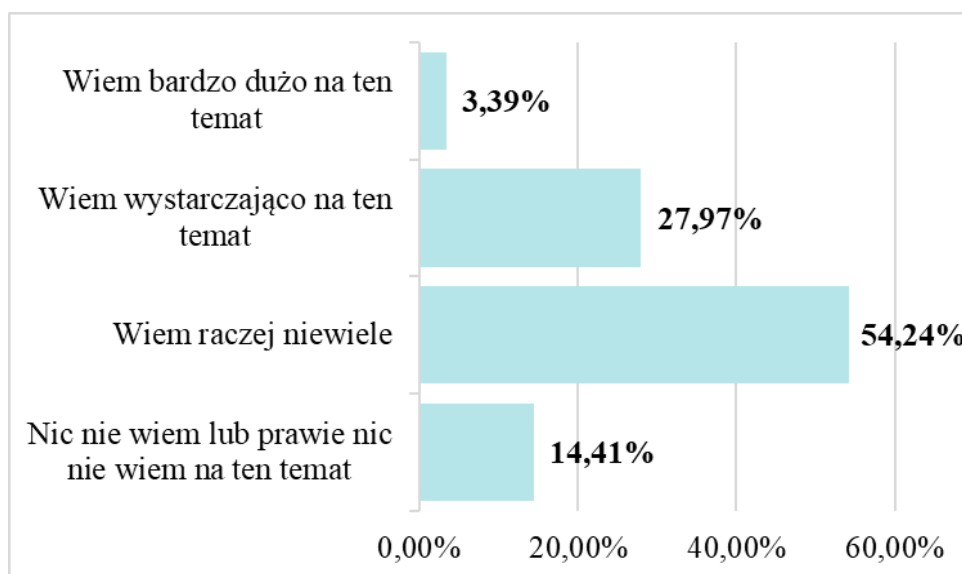


* Wartość sumy wszystkich odpowiedzi jest wyższa niż 100,00%, ponieważ pytanie było wielokrotnego wyboru

Rycina 23. Źródła wiedzy respondentek na temat Zespołu Policystycznych Jajników

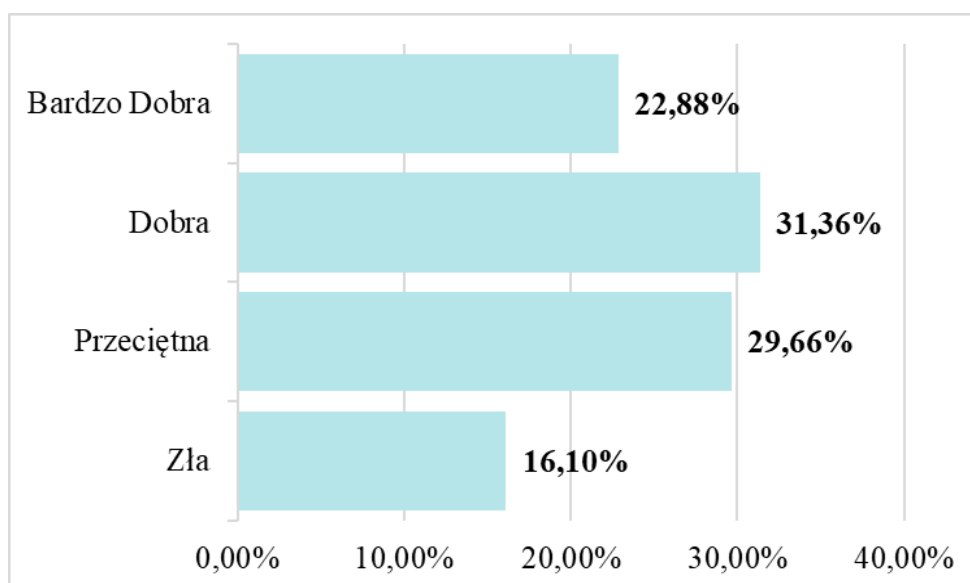
Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników

Ankietowane zostały poproszone o dokonanie samooceny na temat PCOS. Ponad połowa grupy badanej poinformowała, że ich wiedza jest raczej niewielka (n=64; 54,24%). O wystarczającej wiedzy na w/w temat wspomniało 27,97% (n=54) populacji - Rycina 24.



Rycina 24. Samoocena poziomu wiedzy respondentek na temat Zespołu Policystycznych Jajników

Średni poziom wiedzy ankietowanych kobiet na temat PCOS jest dobry (n=37; 31,36%). Wiedzę na przeciętnym poziomie posiadało 29,66% grupy (n=35). Bardzo dobrą znajomością tematyki zespołu policystycznych jajników wykazało się 22,88% badanych (n=27), z kolei złą znajomością 16,10% (n=19) – Rycina 25.



Rycina 25. Poziom wiedzy respondentek na temat Zespołu Policystycznych Jajników

Analiza statystyczna

Przeprowadzając analizę statystyczną nie zaobserwowano istotnie statystycznego wpływu wieku badanych na ich poziom wiedzy na temat Zespołu Policystycznych Jajników ($p=0,1099$) – Tabela 1.

Tabela 1. Zależność między wiekiem respondentek a ich poziomem wiedzy na temat PCOS

Wiek	Wiedza							
	Zła		Przeciętna		Dobra		Bardzo dobra	
18-23	12	27,27%	11	25,00%	14	31,82%	7	15,91%
24-31	6	13,04%	12	26,09%	13	28,26%	15	32,61%
32-40	1	6,67%	5	33,33%	5	33,33%	4	26,67%
41 i więcej	0	0,00%	7	53,85%	5	38,46%	1	7,69%

Analizując zależność między miejscem zamieszkania ankietowanych a ich poziomem wiedzy na temat PCOS nie wykazano zależności istotnej statystycznie. Wartość współczynnika p wynosiła 0,4336. Dane zaprezentowano w Tabeli 2.

Tabela 2. Zależność między miejscem zamieszkania respondentek a ich poziomem wiedzy na temat PCOS

Miejsce zamieszkania	Wiedza							
	Zła		Przeciętna		Dobra		Bardzo dobra	
Miasto	10	13,51%	21	28,38%	27	36,49%	16	21,62%
Wieś	9	20,45%	14	31,82%	10	22,73%	11	25,00%

Zaobserwowano, że wykształcenie badanych wpływa na poziom wiedzy na temat Zespołu Policystycznych Jajników. Wykazano silną zależność na poziomie istotnym statystycznie ($p=0,0025$). Najwyższy poziom wiedzy osiągnęły kobiety z wykształceniem wyższym – Tabela 3.

Tabela 3. Zależność między wykształceniem respondentek a ich poziomem wiedzy na temat PCOS

Wykształcenie	Wiedza							
	Zła		Przeciętna		Dobra		Bardzo dobra	
Zawodowe	4	36,36%	4	36,36%	1	9,09%	2	18,18%
Podstawowe	3	27,27%	7	63,64%	1	9,09%	0	0,00%
Średnie	7	19,44%	9	25,00%	16	44,44%	4	11,11%
Wyższe	5	8,33%	15	25,00%	19	31,67%	21	35,00%

Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników

Zaobserwowano zależność istotną statystycznie między stanem cywilnym badanych a ich poziomem wiedzy na temat PCOS. Najwyższy poziom wiedzy odnotowano wśród kobiet stanu wolnego ($p=0,0411$) – Tabela 4.

Tabela 4. Zależność między stanem cywilnym respondentek a ich poziomem wiedzy na temat PCOS

Stan cywilny	Wiedza							
	Zła		Przeciętna		Dobra		Bardzo dobra	
Mężatka	2	5,26%	18	47,37%	9	23,68%	9	23,68%
Panna	16	21,92%	14	19,18%	27	36,99%	16	21,92%
Rozwiedziona	0	0,00%	2	50,00%	0	0,00%	2	50,00%
Wdowa	1	33,33%	1	33,33%	1	33,33%	0	0,00%

Wykazano istotność na poziomie statystycznym między występowaniem wśród bliskich respondentek Zespołu Policystycznych jajników a ich poziomem wiedzy na w/w temat. Wyższy poziom wiedzy wykazały badane, które mają w bliskim gronie osoby chore na PCOS ($p=0,0244$) – Tabela 5.

Tabela 5. Zależność między wystąpieniem PCOS wśród bliskich respondentek a ich poziomem wiedzy na temat PCOS

Czy ktoś z Pani bliskich choruje na Zespół Policystycznych Jajników?	Wiedza							
	Zła		Przeciętna		Dobra		Bardzo dobra	
Nie	7	12,73%	19	34,55%	20	36,36%	9	16,36%
Tak	2	8,00%	4	16,00%	12	48,00%	7	28,00%
Nie wiem	10	26,32%	12	31,58%	5	13,16%	11	28,95%

Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat zespołu policystycznych jajników

Wyższym poziomem wiedzy na temat PCOS wykazały się badane u których zdiagnozowano Zespół Policystycznych Jajników. Zależność ta jest istotna statystycznie ($p=0,0001$) – Tabela 6.

Tabela 6. Zależność między wystąpieniem PCOS wśród respondentek a ich poziomem wiedzy na temat PCOS

Czy zdiagnozowano u Pani Zespół Policystycznych Jajników?	Wiedza							
	Zła		Przeciętna		Dobra		Bardzo dobra	
Nie	16	17,20%	33	35,48%	31	33,33%	13	13,98%
Tak	3	12,00%	2	8,00%	6	24,00%	14	56,00%

Zaobserwowano, że zależność między źródłami czerpania wiedzy na temat PCOS a poziomem wiedzy respondentek na temat PCOS jest istotna statystycznie. Kobiety, które reprezentowały bardzo dobry poziom wiedzy posiłkowały się wiedzą zdobytą w książkach i czasopiśmie oraz od personelu medycznego ($p=0,0000196$) – Tabela 7.

Tabela 7. Zależność między źródłami czerpania wiedzy na temat PCOS przez respondentki a ich poziomem wiedzy na temat PCOS

Proszę wskazać skąd Pani ma wiedzę o chorobie:	Wiedza							
	Zła		Przeciętna		Dobra		Bardzo dobra	
Internet	3	3,95%	17	22,37%	31	40,79%	25	32,89%
Książki/czasopisma	0	0,00%	5	13,89%	14	38,89%	17	47,22%
Lekarz/położna/pielęgniarka	0	0,00%	5	14,71%	12	35,29%	17	50,00%
Rodzina	2	9,09%	7	31,82%	9	40,91%	4	18,18%
Znajomi	4	13,79%	5	17,24%	13	44,83%	7	24,14%
Nie interesuje mnie ten temat	11	52,38%	9	42,86%	1	4,76%	0	0,00%
Inne	2	25,00%	1	12,50%	3	37,50%	2	25,00%

DYSKUSJA

Zespół policystycznych jajników to dysfunkcja organizmu kobiet charakteryzująca się wieloma objawami. Pomimo poznania tej choroby wiele lat temu, nie do końca są znane jej główne przyczyny oraz najskuteczniejszy sposób na uleczenie. PCOS zalicza się do chorób zaleczalnych, lecz niestety nie da się jej skutecznie wyleczyć. Choroba ta najczęściej dotyczy płci żeńskiej w wieku rozrodczym. Najliczniejszą grupą ankietowanych były kobiety w wieku od 24 do 31 roku życia. W badaniach własnych ponad 20% ankietowanych zadeklarowała zachorowalność wśród osób z rodziny, natomiast 21,19% respondentek choruje na zespół policystycznych jajników. 32,20% nie jest świadoma możliwości występowania PCOS wśród kobiet w rodzinie.

W przeprowadzonych badaniach własnych ankietowane określiły zespół policystycznych jajników jako zaburzenie, które dotyka układ rozrodczy (66,95%) jak również układ endokryny (55,93%), który jest odpowiedzialny za gospodarkę hormonalną oraz za obecność lub brak zaburzeń metabolicznych. Kurek oraz Babiarczyk w swoim artykule podkreślili, iż chorobą jaką jest PCOS należy do najczęstszych endokrynopatii wśród młodych kobiet. Dodatkowo potwierdza zaliczenie jej do chorób wieloukładowych objawiających się dysfunkcjami z czynnościach rozrodczych oraz nieprawidłowymi funkcjami procesu metabolicznego [1].

Biorąc pod uwagę samą definicję choroby Stachowiak i wsp. w swojej pracy odniósł się do tzw. kryteriów rotterdamskich, dzielących się na 3 punkty: występowanie oligoowulacji lub jej brak, objawy hiperandrogenizmu oraz obecność tzw. policystycznych jajników w obrazie USG, czyli liczne występowanie charakterystycznych pęcherzyków na jajnikach. W badaniach własnych znacząca większość (93,22%) grupy ankietowanej udzieliła prawidłowej odpowiedzi dotyczącej maksymy PCOS i określiła ją jako wielotorbielowatość jajników oraz nieprawidłowe ich funkcjonowanie [2].

W analizie własnej za główne objawy zespołu policystycznych jajników respondentki wykazały problem z zajściem w ciążę (85,59%), zaburzenia hormonalne (78,81%), trądzik (49,15%), nadmierne owłosienie (44,07%) oraz otyłość (38,98%). Według Dutkowskiej i wsp. PCOS cechuje się hiperandrogenizmem, który można podzielić na zaburzenia płodności, owłosieniem typu męskiego czy trądzikiem. Dodatkowo pacjentki z rozpoznaną chorobą często cierpią na nadwagę lub otyłość. Zaburzenia miesiączkowania i brak owulacji to jedno z kryteriów rozpoznania choroby [3].

Ponadto Dutkowska i wsp. w swojej pracy za metody leczenia choroby uznają odpowiednio dobraną dietę, najlepiej o ograniczonej zawartości węglowodanów, a zaraz po niej aktywność fizyczną. Według kobiet biorących udział w badaniu własnymi sposobami leczenia jest kolejno leczenie farmakologiczne (70,34%), dieta o niskim indeksie glikemicznym (51,69%) oraz redukcja masy ciała (47,46%). Ponad 15% respondentek uznaje zajście w ciążę za skuteczne rozwiązanie problemu [4].

Badania własne wykazały, iż ponad połowa ankietowanych uważa aktywność fizyczną za pomocną w leczeniu i zapobieganiu zespołu policystycznych jajników. Banting i wsp. w swoim artykule również zaznaczają dużą wartość w prowadzeniu zdrowego stylu życia, w tym dobranej diety oraz aktywności fizycznej. Niesie to za sobą korzyści jeśli chodzi o reprodukcję, funkcje metaboliczne organizmu oraz zdrowie psychiczne pacjentek [5].

W badaniach własnych dokonano analizy dotyczącej wiedzy kobiet na temat badań laboratoryjnych wykonywanych w celu diagnozy i oceny postępu choroby. Ankietowane stwierdziły, iż SHBG- globulina wiążąca hormony płciowe (48,31%) jest najbardziej znacząca. Zaraz po tym znajduje się poziom testosteronu (46,61%) oraz poziom androstendionu (37,29%). Według Łukawskiej i wsp. kobiety z PCOS mają zwykle podwyższony wskaźnik wolnych androgenów, poziom całkowitego testosteronu i obniżony SHBG [6].

W badaniach własnych zdecydowana większość (81,36%) do powikłań zaliczyła zaburzenia miesiączkowania. Następne z kolei są problemy z cerą (55,93%), otyłość (53,99%) oraz nadmierne owłosienie typu męskiego (49,15%). Jako powikłanie ponad 40% respondentek uznało cukrzycę. Dodatkowo 17,8% ankietowanych zaznaczyło łysienie oraz 11,86% twierdzi, że do powikłań należy miażdżyca. Gruszka i wsp. w swojej pracy podkreśla występowanie zaburzeń metabolicznych u kobiet z wykrytym PCOS, do których należy insulinooporność i hiperinsulinemia, cukrzyca typu 2, nieprawidłowe stężenie lipidów i lipoprotein (cholesterolu LDL, HDL, trój glicerydów), stan przedzakrzepowy, nadciśnienie tętnicze, bezdech senny, miażdżyca i choroby układu sercowo-naczyniowego [7].

Meyer i wsp. w swoich badaniach zaznaczył, że częstość występowania zespołu metabolicznego u kobiet z PCOS jest wyższe w porównaniu z populacją ogólną, szczególnie wśród kobiet z wyższym poziomem insuliny i wskaźnikiem masy ciała (BMI). W analizie własnej 74 ankietowane stwierdziły, iż pacjentki z rozpoznaniem zespołu policystycznych jajników mają problem nadwagą lub otyłością [8].

Specjalski do wyżej wymienionych powikłań zalicza również liczne powikłania ciążowe, w tym poronienia, ryzyko wystąpienia raka endometrium oraz przez obecność dużej tkanki tłuszczowej w organizmie chorej kobiety i zawartych w niej komórek, istnieje duże

prawdopodobieństwo rozwoju reumatoidalnego zapalenia stawów, choroby trzustki czy też choroba Leśniowskiego- Crohna [9].

Analiza własna ukazała, iż za najważniejsze badania w kierunku diagnostyki i leczenia zespołu policystycznych jajników respondentki uznały w głównej mierze badanie ultrasonograficzne (USG) jajników i całych narządów rodnych, taką odpowiedź zaznaczyło 68,64% ankietowanych. Zaraz po tym znajduje się podstawowe badanie ginekologiczne (64,41%), natomiast zdania, iż znaczące w diagnozie PCOS jest badanie laboratoryjne obejmujące pobranie krwi i określenie poziomu hormonów płciowych w organizmie jest ponad 40% ankietowanych. Drosdzol-Cop i wsp. w swojej pracy także odwołuje się do kryteriów rotterdamskich. Biorą pod uwagę częstość występowania miesiączki, hiperandrogenizm oraz obraz jajników w badaniu ultrasonograficznym. Objawy charakterystyczne dla hiperandrogenizmu najłatwiej zdiagnozować poprzez badania laboratoryjne- wskazanie poziomu hormonów płciowych, przede wszystkim androgenów. Natomiast badanie USG pozwala na rzeczywistą ocenę wyglądu lub możliwie występujących anomalii w obrazie jajników [10].

Bachanek i wsp. w swoim artykule również odwołali się do znaczącej wartości badań ultrasonograficznych w diagnostyce zespołu policystycznych jajników. Podaje przykłady możliwych oprogramowań oraz funkcji badania, które pozwalają na jak najdokładniejszy obraz i diagnozę [11].

Analizie własnej poddano również zdanie respondentek na temat wpływu zespołu policystycznych jajników na długość i jakość życia. Ponad 50% ankietowanej grupy udzieliło odpowiedzi, iż PCOS nie ma wpływu na długość i jakość życia kobiet. Natomiast 19,48% ankietowanych uznało tę chorobę zagrażającą życiu i istotnie skracającą jego długość. Rodriguez- Paris i wsp. w swojej pracy omawia zaburzenia psychospołeczne kobiet z zespołem policystycznych jajników mogące mieć wpływ nie tylko na jakość życia, ale i długość życia chorych. Szeroko jest omawiany temat depresji wśród kobiet z PCOS o różnym natężeniu, od łagodnego aż po ciężkie. W badaniach uwzględnionych przez autorów u 52% ankietowanych stwierdzono cechy depresji. Mogą występować również zaburzenia lękowe oraz seksualne. Dokras i wsp. w swoich badaniach przeanalizowali powiązanie PCOS z lękiem. Częstość ich występowania okazała się znacznie większa u pacjentek z PCOS (42 z 206 ankietowanych) w porównaniu z grupą kontrolną w której tylko 8 z 204 respondentek wykazało objawy zaburzeń lękowych. Natomiast Głowińska i wsp. w swojej analizie odniosła się do zaburzeń emocjonalnych i seksualnych. Cesta i wsp. stwierdziła w swoich badaniach większą częstotliwość występowania lęku w grupie badanych z PCOS. Występował on o prawie 60%

częściej u kobiet ze zdiagnozowaną chorobą. Wyżej przedstawione zaburzenia w konsekwencji mogą prowadzić do skrócenia życia chorych kobiet, a najpewniej znacząco zaniżą jego wartość [12, 13, 14].

WNIOSKI

1. Kobiety biorące udział w badaniu posiadają wystarczająco dobrą wiedzę na temat definicji zespołu policystycznych jajników oraz jego charakterystycznych objawów.
2. Ponad 21% ankietowanych choruje na zespół policystycznych jajników.
3. Ponad połowa respondentek twierdzi, iż wie raczej niewiele na temat zespołu policystycznych jajników.
4. Wiek nie ma wpływu na posiadaną wiedzę dotyczącą omawianej jednostki chorobowej. Zarówno młode kobiety, jak i dojrzałe odznaczają się podobnym poziomem wiedzy.
5. Głównym źródłem czerpania wiedzy dotyczącej omawianej jednostki chorobowej jest Internet, zaraz po nim znajduje się książka lub czasopisma tematyczne oraz informacje otrzymane od specjalisty.
6. Wykształcenie ma istotny wpływ na posiadaną wiedzę dotyczącą zespołu policystycznych jajników. Największą wiedzę wykazały się kobiety z wyższym wykształceniem.
7. Kobiety stanu wolnego charakteryzują się większym zasobem wiadomości dotyczącej choroby PCOS.
8. Wyższym poziomem wiedzy cechują się respondentki, które mają wśród swoich bliskich kobiety chorujące na zespół policystycznych jajników.

PIŚMIENNICTWO

1. Kurek G., Babiarczyk B.: Problemy bio-psycho-społeczne kobiet w wieku rozrodczym z zespołem policystycznych jajników. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2017, 1(50): 7-15.
2. Stachowiak G., Zając A., Pertyński T.: Wpływ zespołu policystycznych jajników na przebieg okresu menopauzy. *Przeegląd Menopauzalny* 2013, 2:146-149.
3. Maktabi M., Chamani M., Asemi Z.: The effects of vitamin supplementation on metabolic status of patients with polycystic ovary syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Hormon and Metabolic Research* 2017, 49: 493-498.

4. Dutkowska A., Konieczna A., Breska-Kruszewska A., Sendrakowska M., Kowalska I., Rachoń D.: Recommendations on non-pharmacological interventions in women with PCOS to reduce body weight and improve metabolic disorders. *Endokrynologia Polska* 2019, 70(2): 198-202.
5. Banting L.K., Gibson-Helm M., Polman R., Teede H.J., Stepto N.K. : Physical activity and mental health in women with Polycystic Ovary Syndrome. *BMC Womens Health* 2014, 14: 51.
6. Łukawska A., Kałużny M., Nogalska S., Kubicka E., Kulczkowska-Płaksej J., Bolanowski M.: Zespół policystycznych jajników i niealkoholowa tłuszczeniowa choroba wątroby – dopasowana para czy sporadyczna koegzystencja? *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2020, 74: 377-381.
7. Gruszka W., Wyskida K., Chudek J., Olszanecka-Glinianowicz M.: Pentraxin 3 – a potential link between inflammation, obesity and cardiovascular complications in polycystic ovary syndrome. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* (online) 2018, 72: 634-64.
8. Meyer M.L., Malek A.M., Wild R.A., Korytkowski M.T., Talbott E.O.: Carotid artery intima-media thickness in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction* 2012, 18: 112-126.
9. Specjalski R.: Zaburzenia psychoseksualne u kobiet z zespołem policystycznych jajników. *Pielęgniarstwo Polskie* 2013, 3(49): 230-234.
10. Droszol-Cop A., Tymińska- Bandola A., Bil A., Stojko R., Skrzypiec- Plinta V.: Zespół policystycznych jajników u nastolatek- diagnostyka i leczenie [online] Dostępne: <https://podyplomie.pl/ginekologia/26793,zespol-policystycznych-jajnikow-u-nastolatek-diagnostyka-i-leczenie>. Data pobrania 16.02.2023.
11. Bachanek M., Abdalla N., Cendrowski K., Sawicki W.: Wartość ultrasonografii w diagnostyce zespołu policystycznych jajników- przegląd piśmiennictwa. *Journal of Ultrasonography* 2015, 15: 410-422.
12. Rodriguez- Paris D., Remlinger- Molenda A., Kurzawa R., Głowińska A., Spaczyński R., Rybakowski F., Pawełczyk L., Banaszewska B.: Występowanie zaburzeń psychicznych u kobiet z zespołem policystycznych jajników. *Psychiatria Polska* 2019, 53(4): 955-966.

13. Dokras A., Clifton S., Futterweit W., Wild R.: Increased prevalence of moderate and severe depressive and anxiety symptoms in polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction* 2012, 97(1): 225-230.
14. Cesta C.E., Mansson M., Palm C., Lichtenstein P., Iliadou AN., Landen M.: Polycystic ovary syndrome and psychiatric disorders: Co-morbidity and heritability in a Nationwide Swedish cohort. *Psychoneuroendocrinology* 2016, 73: 196-203.

Analiza wiedzy i postaw studentów studiów medycznych na temat szczepienia przeciw COVID – 19

Izabella Moniuszko¹, Joanna Osadkowska¹, Joanna Filon²

1. Białostockie Centrum Onkologii
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Epidemie groźnych chorób towarzyszą ludzkości od dawna, pojawiając się jako nagły wzrost zachorowań na określonym obszarze lub w konkretnej społeczności. Nieopanowana epidemia rozprzestrzenia się na większą populację, przeradzając się w pandemię [1]. W XVI i XIX wieku pandemie, takie jak ospa i cholera zniszczyły wiele miast w całej Europie i Azji. W latach 1918 – 1919 szczep wirusa H1N1 (pandemia hiszpańskiej grypy) rozprzestrzenił się za sprawą żołnierzy powracających do domu z I wojny światowej. Grypa powracała w postaci różnych mutacji (azjatycka grypa 1957 – 1958, świńska grypa 2009), które razem zabiły ponad milion osób. Niektóre szczepy grypy utrzymywały się w ludzkości powodując sezonową grypę, prowadząc do tysięcy zgonów każdego roku. Dzięki postępom w badaniach opracowano szczepionki do walki z grypą sezonową [1, 2]. 31 grudnia 2019r. władze chińskie poinformowały WHO o wykrytych 27 przypadkach zapalenia płuc o nieznanym etiologii w mieście Wuhan w prowincji Hubei. Pojawiający się patogen odpowiedzialny za nietypowe zapalenie płuc, zwany SARS – CoV – 2, należy do rodziny koronawirusów, których najbardziej znanymi przedstawicielami są SARS – CoV i MERS – CoV. Chociaż pochodzenie wirusa było niepewne, najbardziej prawdopodobną hipotezą było stwierdzenie, że jest to choroba odzwierzęca, czyli proces, w którym patogen przeskakuje z gatunku zwierzęcego na człowieka i powoduje chorobę zakaźną.

Choroba związana z SARS – CoV – 2 otrzymała nazwę COVID – 19 [3, 4].

Szczepionki są najlepiej przebadanymi preparatami medycznymi, a ich wprowadzenie było jednym z największych osiągnięć współczesnej medycyny i weterynarii. Zaniechanie szczepień może prowadzić do ponownego pojawienia się wielu chorób zakaźnych, które dzięki nim udało się wyeliminować lub ograniczyć. Ostre restrykcje sanitarne obowiązują tylko w kilku chorobach zakaźnych człowieka, np. w pandemicznej grypie, ospie, chorobie Ebola i SARS [5].

Szczepionki są uważane za najbezpieczniejszą formę ochrony pacjentów przed COVID – 19, ponieważ działają poprzez modulowanie odpowiedzi układu odpornościowego. Szczepionki naśladują kontakt z prawdziwym czynnikiem infekcyjnym, aktywują limfocyty B i produkcję przeciwciał. Wytwarzana jest pamięć immunologiczna w celu skutecznego zwalczania patogenu w przypadku powtórnego kontaktu [6]. Pandemia COVID – 19 wywołana przez wirusa SARS-CoV-2 przyspieszyła opracowywanie i testowanie szczepionek. Szczepionki przeciwko COVID – 19 nie zawierają samego wirusa SARS-CoV-2 i nie mogą powodować COVID – 19 [7].

Chęć opanowania pandemii COVID – 19 była impulsem do powstania Narodowego Programu Szczepień. Celem strategicznym programu było osiągnięcie poziomu zaszczepienia społeczeństwa umożliwiającego zapanowanie nad pandemią COVID – 19 do końca 2021 roku, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższych standardów bezpieczeństwa. Niechęć do szczepień definiowana jest jako „opóźnienie w przyjęciu lub odmowie szczepienia pomimo dostępności usług szczepień”. Światowa Organizacja Zdrowia określiła niechęć do szczepień jako jedno z 10 największych zagrożeń dla zdrowia na świecie. Wahanie się przed szczepieniami powinno być postrzegane jako złożone zachowanie jednostek, na które wpływa wiele czynników, takich jak wiedza, informacje, normy społeczne, emocje, świadomość zdrowotna, postrzeganie ryzyka i doświadczenia z przeszłości. Te z kolei składają się na podjęcie decyzji o całkowitym odrzuceniu lub akceptacji szczepień [6].

CEL PRACY

Celem pracy było poznanie opinii i postaw studentów kierunków medycznych na temat szczepień przeciwko COVID – 19.

MATERIAŁ I METODY

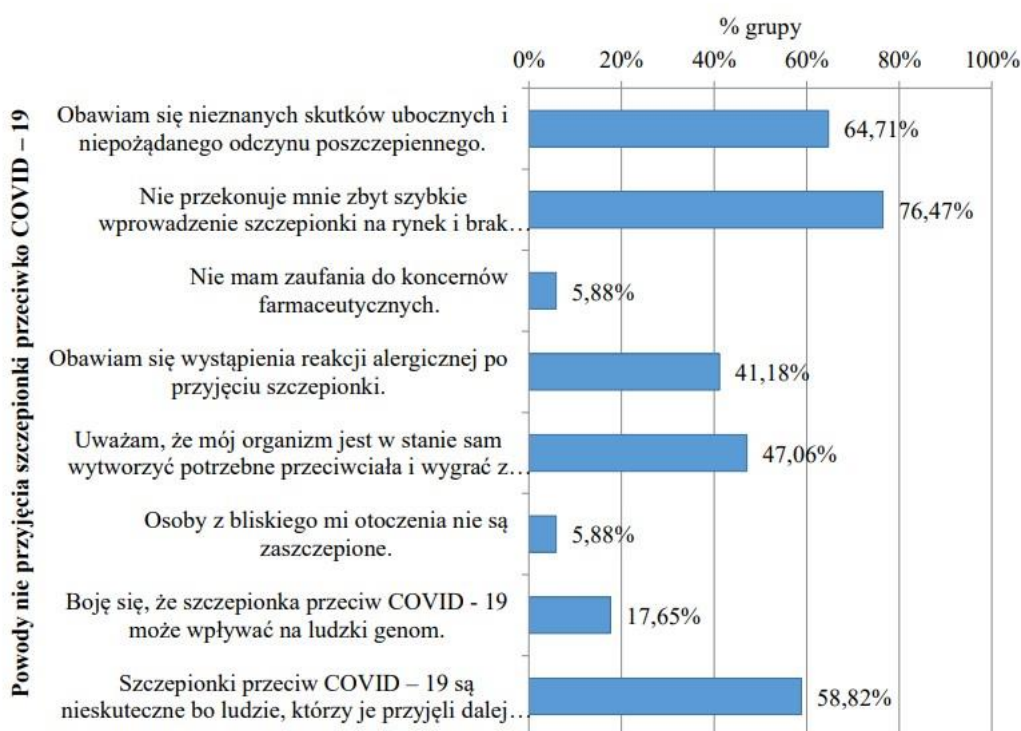
Badanie przeprowadzono w grupie 117 respondentów, studentów kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, metodą sondażu diagnostycznego z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr APK. 002 . 529 .2021.

WYNIKI

Wśród studentów kierunków medycznych, było 82,05% kobiet i 17,95% mężczyzn w wieku 19 – 60 lat. Analiza danych, pozwoliła stwierdzić, że:

- badani studenci mieli bezpośredni kontakt z osobami zarażonymi COVID – 19 poprzez: wolontariat, praktyki zawodowe, pracę w szpitalu (73,50%) i wolontariat, praktyki zawodowe, pracę w szpitalu wśród pacjentów zarażonych wirusem COVID – 19 (34,19%)
- 46,15% respondentów przechodziła infekcję COVID – 19
- 84,62% studentów przyjęła wszystkie obowiązkowe szczepienia ochronne
- 24,79% regularnie przyjmowała szczepienie przeciw grypie sezonowej
- 85,47% studentów przyjęło szczepionkę przeciwko COVID – 19

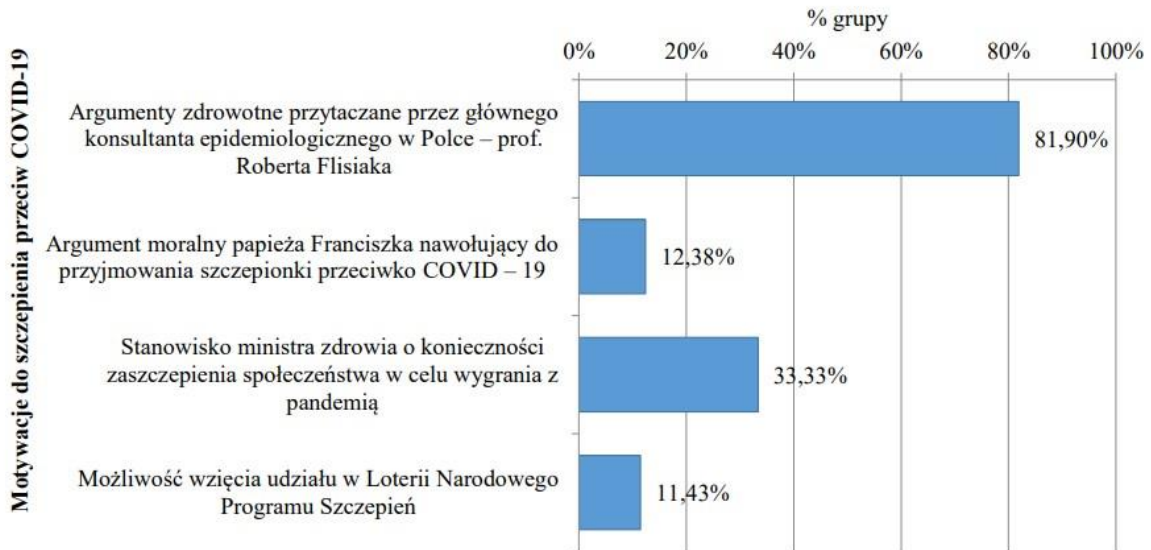
Poniższa Ryc. 1 przedstawia rozkład odpowiedzi na pytanie o powody odmowy przyjęcia szczepionki przeciwko COVID – 19.



Rycina 1. Powody nie przyjęcia przez respondentów szczepionki przeciwko COVID – 19

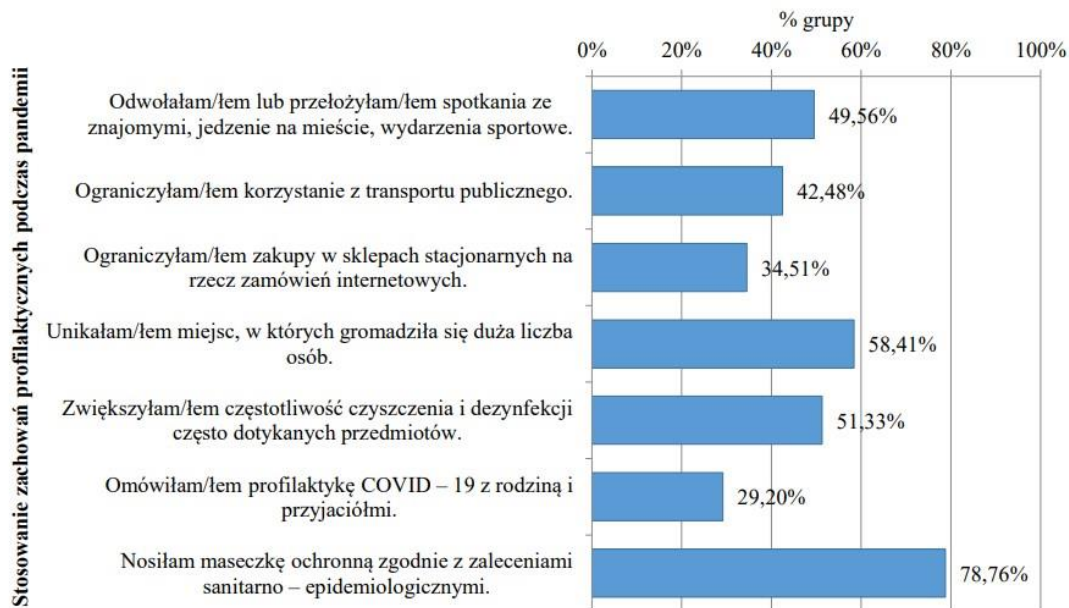
Analiza wiedzy i postaw studentów studiów medycznych na temat szczepienia przeciw COVID – 19

Zdecydowana większość studentów (70,94%) uważa, że szczepienie przeciw COVID – 19 spowoduje zmniejszenie rozprzestrzeniania się choroby, a 59,83% z nich uważa, że szczepienie powinno być obowiązkowe dla ogółu społeczeństwa (Rycina 2).



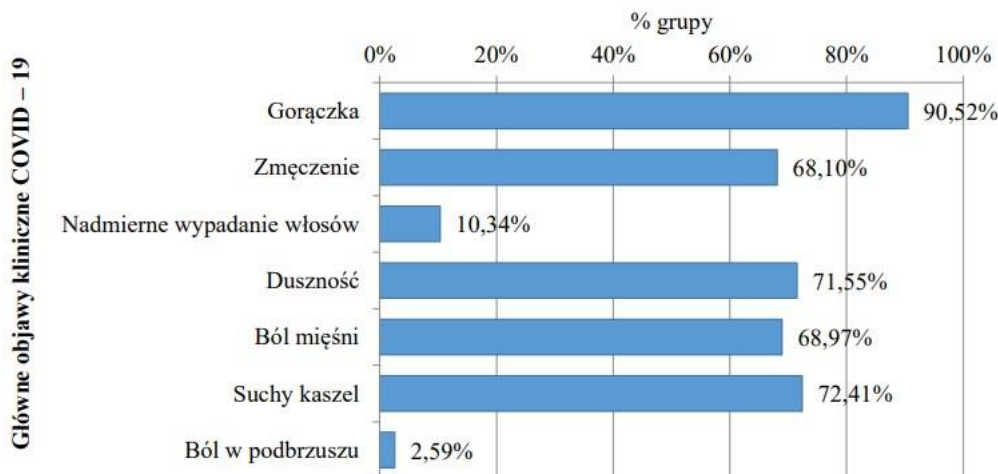
Rycina 2. Motywacje do zaszczepienia przeciwko COVID – 19

Biorąc pod uwagę podjęte przez studentów działania profilaktyczne, mające wpływ na dalszy rozwój pandemii, 75,21% studentów planuje przyjąć trzecią dawkę szczepionki przeciwko COVID – 19. 78,76% studentów, jako podjęte zachowania profilaktyczne w trakcie trwającej pandemii wskazywało na noszenie maseczek ochronnych zgodnie z zaleceniami sanitarno – epidemiologicznymi oraz unikanie miejsc, w których gromadziła się duża liczba osób. Najbardziej (29,20%) studenci wskazywali na omawianie profilaktyki COVID – 19 z rodziną i przyjaciółmi (Rycina 3).



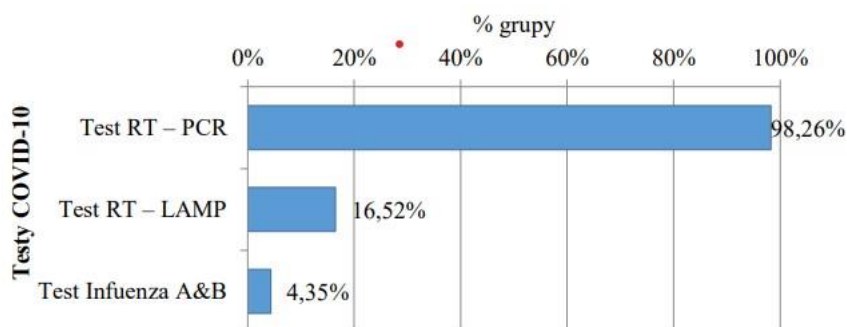
Rycina 3. Stosowanie zachowań profilaktycznych podczas pandemii

Ryciny 4 – 9 wskazują rozkład odpowiedzi wskazujących na wiedzę i znajomość objawów klinicznych COVID – 19.



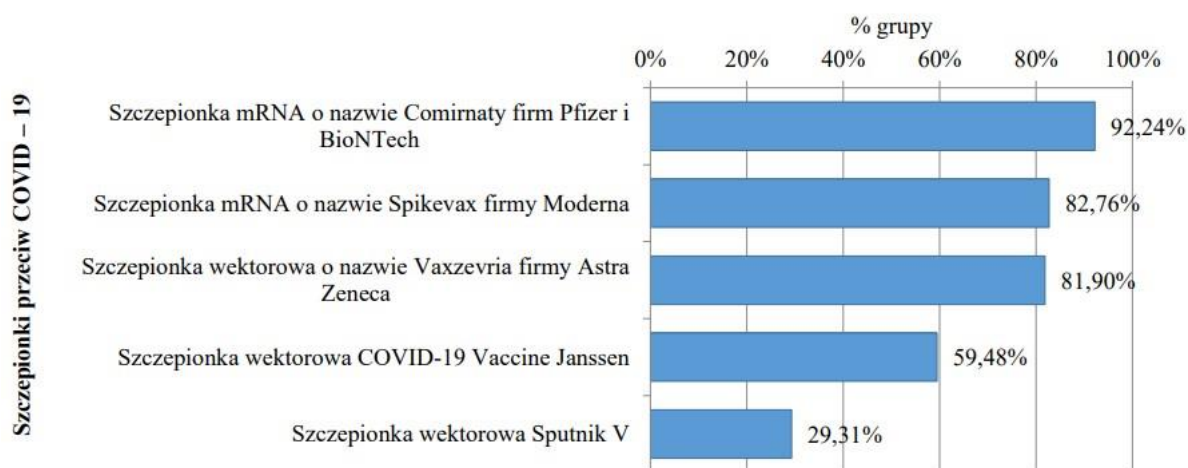
Rycina 4. Główne objawy kliniczne COVID – 19

Większość (98,26%) poprawnie wskazało test RT – PCR, za pomocą którego dowiadujemy się o zarażeniu SARS – CoV – 2



Rycina 5. Test, za pomocą którego dowiadujemy się o zarażeniu SARS – CoV – 2

Rozkład odpowiedzi na pytanie o dostępne na rynku preparaty szczepionek przeciw COVID – 19 dopuszczone do obrotu w krajach Unii przedstawia Rycina 6.



Rycina 6. Znajomość dostępnych na rynku preparatów szczepionek przeciwko COVID – 19 dopuszczonych do obrotu w krajach Unii Europejskiej

W prezentowanej pracy, opracowano wskaźnik poziomu wiedzy na temat epidemii COVID – 19, na podstawie 7 pytań wielokrotnego wyboru. Wynik ogólny został przekształcony na skalę 0 – 100 poprzez podzielenie przez maksymalny możliwy wynik (18 punktów) i pomnożenie przez 100 celem kategoryzacji na trzy poziomy: wynik niski (0 – 40), wynik przeciętny (41 – 70), wynik wysoki (71 – 100).

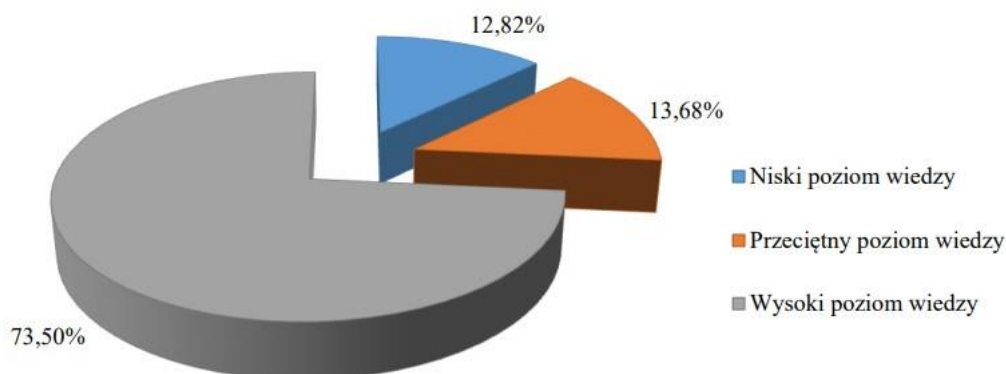
Tabela 1. Statystyki opisowe poziomowiedzy studentów na temat epidemii COVID – 19

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Poziom wiedzy na temat epidemii COVID – 19	117	5,00	18,00	13,26	3,34

N – liczebność; *Min/Max* – minimum/maksimum; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe

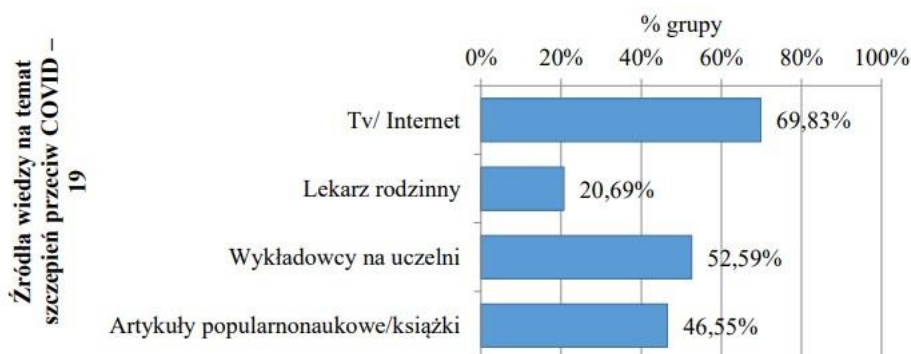
Analiza wiedzy i postaw studentów studiów medycznych na temat szczepienia przeciw COVID – 19

Badani studenci uzyskali wynik w przedziale od 5 do 18 punktów, średnio 13,26 punktów (SD = 3,34). Najczęściej mieli wysoki poziom wiedzy (73,50%). Wynik niski uzyskało 12,82% grupy, a wynik przeciętny 13,68% badanych (Ryc. 8).



Rycina 8. Poziom wiedzy respondentów na temat epidemii COVID – 19

W momencie przeprowadzonych badań jako źródło wiedzy na temat szczepień przeciwko COVID – 19, studenci wskazali telewizję i Internet (Ryc. 9). Ponadto, 61,40% respondentów zadowolająco oceniło dostępne w mediach informacje o szczepieniach.



Rycina 9. Źródła wiedzy na temat szczepień przeciwko COVID – 19

Zaobserwowano istotną statystycznie zależność między kierunkiem studiów a szczepieniem przeciw COVID – 19 (Tabela 2). Studenci kierunków kosmetologia, lekarskich, lekarsko – dentystyczny, ratownictwo medyczne, zdrowie publiczne istotnie częściej szczepili się przeciw COVID-19 (100,00%) niż studenci innych kierunków, szczególnie studentów kierunku farmacji (60,00%) i fizjoterapii (61,54%).

Tabela 2. Zależność między kierunkiem studiów a szczepieniem przeciw COVID-19

Kierunek studiów	Szczepienie przeciw COVID – 19				χ^2	<i>p</i>
	Nie		Tak			
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Analityka Medyczna	2	28,57%	5	71,43%	19,87	0,03*
Dietetyka	1	25,00%	3	75,00%		
Farmacja	2	40,00%	3	60,00%		
Fizjoterapia	5	38,46%	8	61,54%		
Kosmetologia	0	0,00%	10	100,00%		
Lekarski	0	0,00%	34	100,00%		
Lekarsko Dentystyczny	0	0,00%	5	100,00%		
Pielęgniarstwo	5	17,86%	23	82,14%		
Położnictwo	2	25,00%	6	75,00%		
Ratownictwo Medyczne	0	0,00%	2	100,00%		
Zdrowie publiczne	0	0,00%	1	100,00%		
Razem	17	14,53%	100	85,47%		

N – liczebność; % - procent grupy; χ^2 – statystyka testu *chi*-kwadrat; *p* – istotność testu

* *n* < 0,05

Zaobserwowano istotną statystycznie zależność między poziomem wiedzy na temat epidemii COVID – 19 a szczepieniem przeciw COVID – 19 (Tabela 3). Studenci przejawiający wysoki poziom wiedzy istotnie częściej szczepili się przeciw COVID-19 (90,70%) niż studenci o niskim (73,33%) i przeciętnym poziomie (68,75%).

Tabela 3. Zależność między poziomem wiedzy na temat epidemii COVID-19 a szczepieniem przeciw COVID-19

Poziom wiedzy na temat epidemii COVID-19	Szczepienie przeciw COVID – 19				χ^2	<i>p</i>
	Nie		Tak			
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Niski	4	26,67%	11	73,33%	7,27	0,03*
Przeciętny	5	31,25%	11	68,75%		
Wysoki	8	9,30%	78	90,70%		
Razem	17	14,53%	100	85,47%		

N – liczebność; % - procent grupy; χ^2 – statystyka testu *chi*-kwadrat; *p* – istotność testu

* *p* < 0,05

DYSKUSJA

WHO wydało szereg szczegółowych wytycznych związanych z zapobieganiem i kontrolą chorób zakaźnych, lecz najważniejsze z nich to Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne WHO (IHR – International Health Regulation, 2005), które określają prawa i obowiązki krajów w zakresie postępowania z nadzwyczajnymi zdarzeniami i sytuacjami zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym wymagającymi skoordynowanej współpracy [8].

Rosnąca liczba chorych na COVID – 19 może być napędzana czynnikami ludzkimi, tj. podejściem do zachowywania dystansu społecznego i środków ochronnych, podczas gdy czynniki wirusowe napędzane są przez mutacje występujące w genomie zespołu ostrej niewydolności oddechowej [9]. Publikacje naukowe oraz dane epidemiologiczne [10] wskazują, że w Polsce najwyższy poziom wyszczenia osiągnęła grupa osób w wieku od 70 do 79 lat (w grudniu 2021 roku wyniósł on 85%). Jest to jednak mniej niż w krajach Europy zachodniej, jak Austria (87%), Belgia (97%), Francja (98%) czy Hiszpania (99%) oraz mniej niż w krajach naszego regionu, takich jak Węgry (88%) czy Czechy (93%). Kolejną grupą z najwyższym odsetkiem osób zaszczepionych są osoby w wieku 60 – 69 lat (73%), a osoby w grupach wieku 50 – 59 oraz 80 i więcej lat osiągnęły w grudniu 2021 poziom wyszczenia ok. 65%. W młodszych grupach poziom wyszczenia jest wyraźnie niższy – w grudniu 2021 roku wyniósł 56% wśród osób w wieku 25 – 49 lat oraz 50% wśród osób w wieku 20 – 24 lata [10].

Większość studentów z Rumuni i zdecydowana większość ankietowanych studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w badaniu własnym wykazało pozytywne nastawienie do szczepień. Studenci kierunków medycznych mogą stanowić wiarygodne źródło informacji i motywacji do szczepień dla pacjentów, z którymi współpracują w trakcie staży i praktyk studenckich. Szczepionki mają niepodważalny wpływ na zdrowie, prowadząc do znacznego spadku zachorowalności i umieralności z powodu chorób zakaźnych [11].

W badaniach własnych, podobnie jak u Barello oraz w badaniu dla Nurse Education Today, oceniono, że wiedza studentów o COVID – 19 była dobra. W obu przypadkach stwierdzono, że poziom wiedzy o pandemii wpływa znacząco na decyzję o szczepieniu [12, 13].

W ciągu ostatniego stulecia szczepienia stały się rutynowym i skutecznym środkiem zapobiegawczym w zmniejszaniu częstości występowania i eliminowaniu lub zwalczaniu niektórych chorób wirusowych. Poza zapewnieniem bezpośredniej odporności i zapobieganiem chorobom wśród zaszczepionych osób, wykazano, że szczepionki zmniejszają infekcje nawet wśród osób nieszczepionych poprzez odporność stada, jeśli odpowiednia część populacji jest odporna [14].

Biorąc pod uwagę wysoki odsetek wyszczepialności i pozytywne nastawienie do szczepień wśród studentów można uznać, że studia medyczne kształtują wśród środowiska studentów zachowania proszczepionkowe. Pytani o motywacje do zaszczepienia, studenci w badaniu własnym w najczęściej wskazywali na argumenty zdrowotne przytaczane przez głównego konsultanta epidemiologicznego w Polsce – prof. Roberta Flisiaka. Z komuniktu z badań CBOS 75/2021, wynika że Polacy w zdecydowanej większości dobrze oceniają organizację szczepień przeciwko COVID – 19. Osoby zaszczepione w przeciwieństwie do nie zaszczepionych popierają wprowadzenie Unijnych Certyfikatów COVID [15].

Kierunek studiów w badaniach własnych odgrywał istotną rolę. Zauważono, że studenci kierunków takich jak kosmetologia, lekarski, lekarsko – dentystyczny, ratownictwo medyczne i zdrowie publiczne istotnie częściej szczepili się przeciw COVID – 19 (100,00%) niż studenci innych kierunków, szczególnie farmacji (60,00%) i fizjoterapii (61,54%). Niechęć do szczepień jest zjawiskiem, które stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia na Świecie o czym świadczy powrót niektórych chorób zakaźnych np. odra, krztusiec [9]. Ankietowani studenci z Rumuni mieli obawy dotyczące szybkości opracowywania szczepionek, które mogą mieć wpływ na ich bezpieczeństwo [11]. Badania własne potwierdziły te obawy, również wśród studentów UMB. 14,53% ankietowanych nie przyjęło szczepionki przeciwko COVID – 19 i jako powody niezaszczepienia podają zbyt szybkie wprowadzenie szczepionki na rynek i brak długofalowych testów dotyczących jej bezpieczeństwa (76,47%). Studenci z badań autorskich podkreślają, że obawiają się nieznanego skutków ubocznych i niepożądanego odczynu poszczepiennego (64,71%). Powyższe dane sugerują, że potrzebny jest program edukacyjny, którego celem jest poszerzenie wiedzy uczniów o szczepionce COVID – 19 oraz nauczenie umiejętności doradztwa w zakresie szczepień [11].

Praca w ochronie zdrowia w czasie rozpoczynającym okres pandemii w Polsce stała się szczególnie trudna. Deficyt rzetelnych informacji, brak szczegółowych procedur, ograniczenia związane z niedoborem środków ochronnych, trudności diagnostyczne wynikające z braku dostępu do możliwości wykonania testów potwierdzających obecność wirusa oraz długi okres oczekiwania na jego wynik powodowały napięcie, zmęczenie i poczucie przeciążenia. Objawy lęku i obciążenia psychicznego towarzyszyły nie tylko pracownikom ale również studentom przebywającym na stażach i praktykach w oddziałach szpitalnych. Studenci studiów medycznych odgrywają kluczową rolę jako przyszli profesjonalści w edukacji pacjentów, informowaniu i prowadzeniu ich do podejmowania właściwej decyzji klinicznej [13].

Większość uczestników badania Barello stwierdziła, że szczepienie przeciwko COVID – 19 powinno być obowiązkowe dla pracowników służby zdrowia [13]. Tak samo uważała zdecydowana większość studentów UMB (67,52%) w badaniach własnych. Uczestnicy badania Barello zaznaczyli również, że media społecznościowe, strony naukowe i lekarze podstawowej opieki zdrowotnej służą jako najobszerniejsze źródło informacji o COVID – 19 i szczepionkach [13].

Respondenci badania własnego wskazali telewizję i Internet jako główne i najpowszechniejsze źródło informacji o COVID – 19 (69,83%). Warto podkreślić, że dezinformacja i fałszywe twierdzenia napotkane w Internecie przyczyniają się do rezygnacji z zaszczepienia. Media społecznościowe na całym świecie ułatwiają niekontrolowane rozpowszechnianie fałszywych wiadomości i dezinformacji [13]. Zbyt mało uwagi poświęca się na szerzenie informacji o sukcesach w dziedzinie wirusologii. Śmiertelność chorób zakaźnych dzięki zapobieganiu i kontroli pojawiających się ostrych infekcji wirusowych (tj. powszechne szczepienia, poprawa warunków sanitarnych, higieny, dostępności czystej wody, odżywiania, praktyk medycznych i systemów opieki zdrowotnej) zmniejszyła się. Epidemie wirusowe, chorób takich jak odra, wścieklizna i żółta febra, zdarzają się bardzo rzadko w krajach rozwiniętych, a popularna grypa dzięki szczepieniom cechuje się coraz mniejszą śmiertelnością.

WNIOSKI

1. Studenci wykazali się wysokim poziomem wiedzy na temat epidemii COVID – 19.
2. Studenci studiów medycznych nie szczepią się przeciwko grypie sezonowej, jednak większość z nich przyjęła do tej pory wszystkie rekomendowane szczepienia ochronne, również szczepienie przeciwko COVID – 19. Uważają, że szczepienie przeciw COVID – 19 spowoduje zmniejszenie rozprzestrzeniania się choroby.
3. Kierunek studiów oraz poziom wiedzy o pandemii COVID – 19 ma wpływ na podjęcie decyzji o szczepieniu przeciwko COVID – 19. Studenci przejawiający wysoki poziom wiedzy istotnie częściej szczepili się przeciw COVID – 19 niż studenci przejawiający niski i przeciętny poziom wiedzy o pandemii COVID – 19. Studenci pielęgniarstwa, kosmetologii, lekarskiego, lekarsko – dentystycznego, ratownictwa medycznego i zdrowia publicznego szczepili się zdecydowanie częściej od studentów farmacji i fizjoterapii.
4. Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności między płcią i wiekiem a szczepieniem przeciw COVID – 19.

5. Zbyt szybkie wprowadzenie szczepionki na rynek i brak długofalowych testów dotyczących jej bezpieczeństwa to główny powód nie przyjęcia szczepionki przez badanych respondentów, którzy obawiają się również nieznanymi skutków ubocznych i wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego.

PIŚMIENNICTWO

1. Salian V. S., Wright J. A., Vedell P. T. et al.: COVID – 19 Transmission. Current Treatment, and Future Therapeutic Strategies, *Pharmaceutics*, ACS Publications 2021, 18: 754 – 771.
2. Gliński Z., Żmuda A.: Epidemie i pandemie chorób zakaźnych. *Życie Weterynaryjne* 2020, 95 (9): 554 – 560.
3. Cuello JMA: Pandemia de la COVID – 19 como debata publiczna: El caso español. *Anu. Electrónico Estud. Wspóln. Dysert Społeczny* 2021 , 14, 2.
4. Pérez – Rivas F.J., Gallego – Lastra R.D., Marques – Vieira C.M.A. et al.: The Attitude towards Vaccination of Health Sciences Students at a Spanish University Improved over the First 18 Months of the COVID – 19 Pandemic. *Vaccines* 2022, 10 (2): 237.
5. Gliński Z.: Szczepienia jako niezbędny element zapobiegania chorobom zakaźnym i ich powikłaniom – problemy i perspektywy. *Życie Weterynaryjne* 2017, 92(2): 100 – 104.
6. Harada T., Watanabe T.: Changes in Vaccine Hesitancy in Japan across Five Months during the COVID – 19. Pandemic and Its Related Factors. *Vaccines* 2022, 10 (1): 25.
7. Augustynowicz E., Jackowska T.: COVID – 19 – szczepionki i szczepienia. *Przegląd Pediatryczny* 2021, 50(28): 16 – 26.
8. Wrześniewska – Wal I., Kobuszewski B.: Evidence Based Public Health on the example of vaccinations – theory and practice. *Journal of Education, Health and Sport* 2021, 11(10): 18 – 33.
9. Sallam M.: COVID – 19 Vaccine Hesitancy Worldwide: A Concise Systematic Review of Vaccine Acceptance Rates. *Vaccines* 2021, 9(2): 160.
10. Lewandowski P., Madoń K.: Skuteczność szczepień przeciw COVID – 19 W Polsce. *IBS Policy Paper* 2022, 1: 1 – 13.
11. Łucja W.C., Kelekar A., Afonso N.M.: COVID – 19 vaccine hesitancy among medical students. *Journal of Public Health* 2021, 43 (3): 445 – 449.
12. Patelarou E., Galanis P., Mechili E.A. et al.: Factors influencing nursing students' intention to accept COVID – 19 vaccination – A pooled analysis of seven countries. *Nurse Education Today* 2021.

13. Saied A. M., Saied E. M., Kabbash I. A.: Vaccine hesitancy: Beliefs and barriers associated with COVID – 19 vaccination among Egyptian medical students. *J Med Virol.* 2021, 93: 4280 – 4291.
14. Fisher K. A., Bloomstone S.J., Walder J., et al.: Attitudes toward a potential SARS – CoV – 2 vaccine: a survey of U.S. adults. *Ann Intern Med.* 2020, 173(12): 964 – 973.
15. Omyła – Rudzka M., Polacy o szczepieniach przeciw COVID – 19, Komunikat z badań CBOS 2021, 75.

Satysfakcja pacjentów przebywających w szpitalu

Joanna Osadkowska, Izabella Moniuszko, Małgorzata Michalewicz

Białostockie Centrum Onkologii

WSTĘP

Pojęcie "satysfakcja pacjenta" swoją polską nazwę wzięło od angielskiego określenia „*patient satisfaction*”, co w wolnym tłumaczeniu rozumiemy jako zadowolenie osoby korzystającej z usług medycznych [1].

Określając czym jest "satysfakcja pacjenta" najczęściej przytaczana jest definicja Risser. Według niej zadowolenie chorego wynika z różnicy między oczekiwaniami a faktyczną opieką [2]. Towarzystwo Pielęgniarek Amerykańskich wybrało definicję, według której satysfakcja pacjenta jest opinią jego lub jego rodziny o opiece, jaką otrzymano [3]. Tak więc satysfakcję należy rozumieć jako stopień, w jakim usługa sprostała oczekiwaniom klienta [4]. Można ją traktować jako indywidualną opinię o zgodności oczekiwań konsumenta z zastaną rzeczywistością [5]. Jednocześnie można to rozumieć jako wynik przemyśleń klienta, podczas których dochodzi do porównania wydajności szpitala ze standardami, które poznał w innych placówkach i które stały się jego oczekiwaniami [6].

CEL PRACY

Głównym celem pracy było poznanie opinii pacjentów o pracy oddziałów i jednostek z nim współpracujących. Dokonano diagnozy błędów, wpływających na odbiór pracy oddziału i ich determinantów.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 120 osób, odpowiednio 43 kobiet (35,8%) oraz 77 mężczyzn (64,2%). Pacjenci hospitalizowani byli w 2019 roku w oddziałach zabiegowych białostockiego szpitala. Wszyscy badani zostali poinformowani o celu badań i osobiście wyrazili na nie zgodę.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku.

Satysfakcja pacjentów przebywających w szpitalu

Respondenci udzielali odpowiedzi na czteropunktowej skali: 1 – bardzo dobrze, 2 – dobrze, 3 – źle, 4 - bardzo źle; oraz na kilka pytań rozstrzygających (tak, nie). Dobierając grupę badanych kierowano się rzetelnością przekazywanych przez pacjentów badanych. Zdecydowano się na osoby, które samodzielnie mogły wypełnić ankietę bazując na rzeczywistych, subiektywnych odczuciach związanych z pobytem.

WYNIKI

Ocena pracy izby przyjęć

Pół godziny czekało na przyjęcie w izbie przyjęć 19,2% ankietowanych, 38,3% oczekiwało około godziny. W granicy 2 godzin zmieściło się 30,8% pacjentów. Najdłużej, bo ponad dwie godziny oczekiwało 11,7% pacjentów.

Ogólna dostępność personelu medycznego w izbie przyjęć została określona jako bardzo dobra – twierdzi tak 51,7% ankietowanych.

Podczas wykonywania czynności medycznych wszyscy ankietowani byli zadowoleni z jakości świadczonych usług.

65% pacjentów uważa, że lekarz, który był obecny w izbie przyjęć, był do nich nastawiony przyjaźnie, a jego podejście do nich było bardzo dobre.

Większość oceniło pracę sanitariuszy jako bardzo dobrą.

Zapoznanie z oddziałem

Znaczna część chorych została zapoznanych z topografią oddziału oraz została im wskazana znajdująca się na sali toaleta.

17,5% ankietowanych nie zostało zapoznanych z obsługą pilota alarmowego.

Pozytywnie oceniono informowanie o Karcie Praw Pacjenta. 61,6% hospitalizowanych zostało poinformowanych o współpracy szpitala z duchownymi i o możliwości kontaktu.

Ocena czystości w oddziale

Wszyscy badani byli zadowoleni z poziomu czystości oddziału. 70% stwierdziło, że ich stan jest bardzo dobry, natomiast 30% że jest dobry.

Ogólna czystość toalet została określona jako bardzo dobra – 64,2%. Według 35% czystość była na dobra. Nie spełnia jego oczekiwań 0,8%.

Zdecydowana większość stwierdziła, że czystość bielizny pościelowej jest w bardzo dobrym stanie.

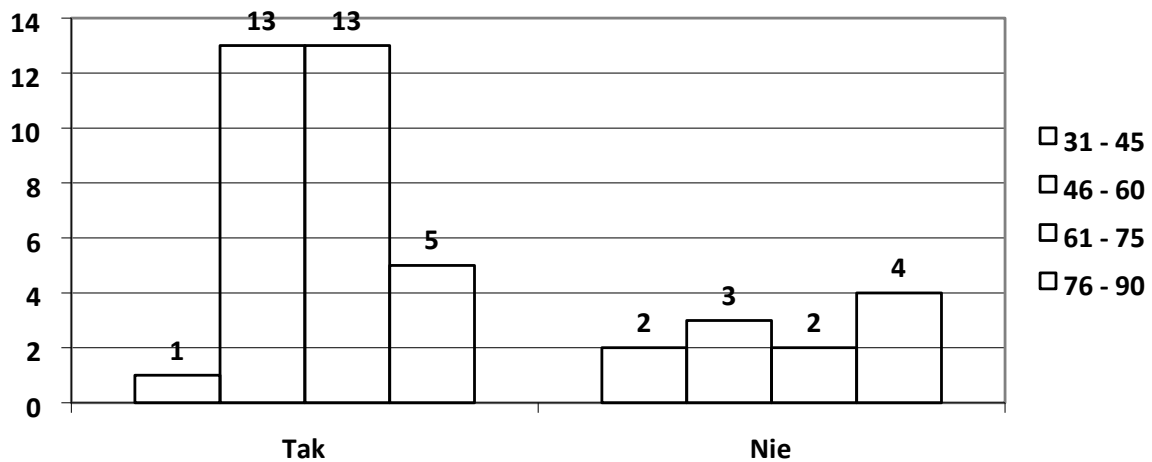
Ocena pracy lekarzy

Lekarz prowadzący salę przedstawił się dla 85,8% pacjentów. 65,8% ankietowanych było bardzo zadowolonych z zachowania lekarza, który się nimi opiekował.

Podczas wywiadu lekarskiego 7,5% nie czuło się komfortowo.

Zdecydowana większość chorych twierdzi, że w trakcie pobytu na oddziale lekarz konsultował się z nimi w sprawie wyników ich badań oraz o dalszym toku leczenia.

Kobiety najlepiej rozumiały treści przekazywane przez prowadzącego salę, gdy znajdowały się w przedziale wiekowym 46 – 60 (30,2%) oraz 61 – 75 (30,2%). Najgorzej oceniły najmłodsze kobiety w przedziale 31 – 45 lat. Generalizując, 25,6% kobiet stwierdziło, że to co lekarz do nich mówi było niezrozumiałe (Rycina 1).

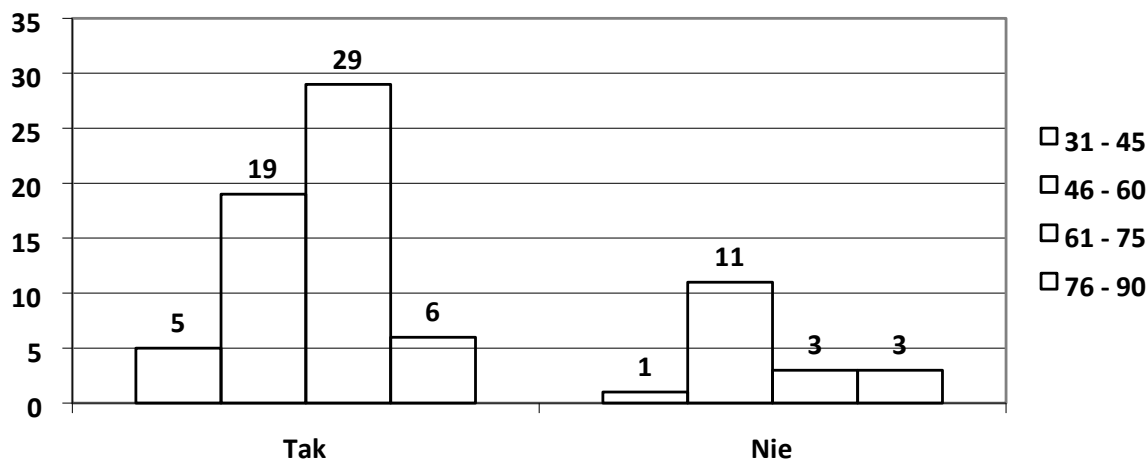


Rycina 1. Zrozumienie treści przekazywanych przez lekarza przez kobiety

Wśród 2 największych grup wiekowych, najlepszym zrozumieniem lekarza wykazali się mężczyźni w wieku 61 – 75 (37,7%). Tyko 3 badanych stwierdziło, że nie rozumie, co prowadzący chciał im przekazać. W grupie wiekowej 46 – 60 lat znalazło się 14,3% chorych, którzy nie rozumieli przekazywanych informacji, natomiast 24,7% badanych zdecydowało, że treści były zrozumiałe (Rycina 2).

Wśród ogółu badanych, 75,8% określiło, że sposób przekazywania informacji jest zrozumiały.

Satysfakcja pacjentów przebywających w szpitalu



Rycina 2. Zrozumienie treści przekazywanych przez lekarza przez mężczyzn

Ocena pracy pielęgniarki

Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że zachowanie pielęgniarek na oddziale jest bardzo dobre.

Podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych oraz leczniczych staranność pielęgniarek została określona jako bardzo dobra przez 73,3% ankietowanych. 25,8% określiło ją jako dobrą. Natomiast tylko 0,8% stwierdziło, że było to robione bez większej dbałości.

W czasie przeprowadzania wywiadu pielęgniarskiego 3% nie czuło się komfortowo. Szybkość reagowania na wezwanie, po którym pojawia się pielęgniarka jest bardzo dobra według większości ankietowanych.

Ocena pracy personelu pomocniczego

Poziom kultury personelu pomocniczego jako bardzo dobry określiło 75,8% badanych. 23,3% stwierdziło, że poziom jest dobry, a 0,8% nie odpowiadał ten poziom.

Sumienność wykonywanych obowiązków została oceniona na bardzo dobra.

Zachowanie ciszy i spokoju w trakcie pobytu i wykonywanych czynności zostało ocenione jako bardzo dobre przez 64,2% badanych. 30,8% ankietowanych określiło zachowanie jako dobre. 4,2% było niezadowolonych z zachowania personelu pomocniczego. 0,8% badanych określiło je nawet jako bardzo złe.

Ocena diety szpitalnej

Ponad 96% pacjentów stwierdziło, że potrawy, które są serwowane smakują dobrze lub bardzo dobrze. Nie smakowały one 3,3% badanych. Bardzo zadowolonych z różnorodności posiłków było 30,8% chorych. 65,8% ankietowanych stwierdziło, że jest na dobrym poziomie, 2,5% było niezadowolonych, a 0,8% był bardzo niezadowolonych.

Temperatura, w jakiej dostarczane są posiłki była satysfakcjonująca dla przeważającej większości. Zdaniem 2,5% była zła, 0,8% twierdzi, że jedzenie podane było z temperaturą nieadekwatną.

Ocena jednostek współpracujących

98,3% badanych stwierdziło, że personel pracujący w gabinetach, w których przeprowadza się badania diagnostyczne był bardzo uprzejmy. 70% ankietowanych twierdzi, że określono cel i przebieg badania w sposób bardzo dobry, 27,5% w sposób dobry.

Ponad połowa badanych (56,7%) określiła czas oczekiwania na badanie jako bardzo dobry, zdaniem 40% satysfakcjonujący, niezadowolonych z długości oczekiwania było 3,3%.

DYSKUSJA

Nieustająca poprawa jakości świadczonych usług oraz regularne kontrole poziomu satysfakcji pacjenta z oferowanych świadczeń mają na celu osiągnięcie jak najwyższego standardu opieki oraz sprostanie oczekiwaniom klienta [4]. Chęć spełnienia wyobrażeń, z jakimi przyszedł chory wynika z rosnącej świadomości pacjentów o możliwości wyboru placówki medycznej oraz lekarza prowadzącego [8]. W związku z tym, każda jednostka medyczna stara się osiągnąć możliwie jak najwyższy poziom zadowolenia pacjenta, a w osiągnięciu celu mają pomóc specjalnie przygotowane w tym celu systemy.

W badaniu wzięło udział 120 ankietowanych. Chorzy odpowiadali na pytania związane z pracą oddziału oraz jednostek z nim współpracujących. Większość ankietowanych stanowili mężczyźni – 64,2%. Dwie największe grupy wiekowe badanych skupiły się w przedziale wiekowym 46 – 60 lat oraz 61 – 75 lat. Wykształcenie respondentów podzieliło się dość równomiernie, a najliczniejszą grupę stanowią osoby które ukończyły szkołę średnią – 40 (33,3%).

Czas oczekiwania na lekarza, który przyjmował chorego na oddział najczęściej wynosił od 30 minut do 1 godziny (38,3%). Niezależnie od tego ile czasu wyniosło oczekiwanie, subiektywna ocena 82,5% ankietowanych głosi, że czas ten był dobry lub też bardzo dobry.

Satysfakcja pacjentów przebywających w szpitalu

Dostępność personelu medycznego pracującego na Izbie Przyjęć była zadowalająca dla 96% kuracjuszy. W badaniach Czekirdy i wsp., które były prowadzone na terenie dwóch Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych w Lublinie, zadowolenie w tamtejszych szpitalach wynosiło 79,0%, oraz 91,4% [7]. W placówkach, które uczestniczyły w badaniu przeprowadzonym przez Hartwich i wsp., życzliwość personelu medycznego została oceniona pozytywnie przez 85% kuracjuszy [9].

Podczas przeprowadzania czynności medycznych, które są obecne w czasie przyjmowania pacjenta na teren szpitala, komfortowo czuło się 100% badanych. W szpitalach na terenie województwa kujawsko – pomorskiego, niezachowanie zasad intymności zgłosiło 5,9% ankietowanych [9]. Ankietowani w Lublinie, stwierdzili że w Szpitalu Klinicznym nr 1 zachowano prywatność w 72,4% przypadków. Natomiast w Szpitalu Klinicznym nr 4 aż 94,3% [7].

Sposób traktowania pacjenta w czasie przeprowadzenia wstępnego wywiadu lekarskiego w obrębie izby przyjęć oceniono jako bardzo dobre, bądź dobre przez 99,2% kuracjuszy. W Oddziale Ratunkowym w Lublinie, zadowolonych z opieki lekarskiej było 81,9% badanych. Natomiast w Szpitalu Klinicznym w Lublinie uzyskał 61,9% zadowolonych pacjentów [7].

Postawa sanitariuszy wykonujących swoje obowiązki w obrębie izby przyjęć, została oceniona pozytywnie przez 96,7% ankietowanych. Badania przeprowadzone przez Anjum i innych na terenie szpitala Tertiary Care Hospital w Lahore w Pakistanie, pokazują bardzo zbliżony wynik zadowolenia, w postaci 89% [10]. Postawa tamtejszych sanitariuszy została określona jako uczciwa, oraz pełna szacunku. Na oddziale neurologicznym ocena pracy sanitariuszy pracujących w izbie przyjęć została oceniona najsłabiej w porównaniu z badanym szpitalem oraz szpitalem w Lahore. 80% ankietowanych stwierdziło, że personel zachowywał się bardzo dobrze lub dobrze [11].

Ze sposobu w jaki przebiegało prowadzenie chorych na oddział niezadowolonych było 7% pacjentów. Wśród ankietowanych pacjentów 87% chorych stwierdziło, że zostali zapoznani z topografią oddziału. Łazienka przynależna do sali nie została wskazana dla 2% ankietowanych. Według badań Jabłońskiej i wsp. na oddziale neurologicznym 68% pacjentów orientuje się w topografii oddziału [11]. Badanie przeprowadzone na terenie województwa kujawsko – pomorskiego pokazuje mniej zadowalające wyniki zapoznania z lokalizacją kluczowych pomieszczeń - 75% [9].

Z obecnym na oddziale pilotem do alarmowania pielęgniarek, zapoznano 82,5% ankietowanych.

Satysfakcja pacjentów przebywających w szpitalu

Według badań własnych Karta Praw Pacjenta została przedstawiona dla 61,6% respondentów. Lepsze wyniki uzyskali badacze z kujawsko – pomorskiego. W tamtejszych szpitalach 75% pacjentów uzyskała informacje o swoich prawach i obowiązkach [9]. O możliwości kontaktu z duchownym zostało poinformowanych 62% ankietowanych.

Wszyscy pacjenci byli zadowoleni z czystości sal chorych. Mianem bardzo dobrego określiło go 70% ankietowanych, a pozostałe 30% stwierdziło, że jest on dobry. W Pakistańskim szpitalu Tertiary Care Hospital w Lahore 94% kuracjuszy było zadowolonych z poziomu czystości, jaki panuje w szpitalu [10]. Badania Jabłońskiej i wsp., które zostały wykonane na oddziale neurologii, pokazują niższy poziom zadowolenia. Ogólnie 70% ankietowanych było zadowolonych (6% wyraziło swoją opinię jako bardzo dobrą, natomiast 64% jako dobrą). 28% kuracjuszy miało neutralną opinię o poziomie otaczającej ich czystości [11]. W szpitalach województwa kujawsko – pomorskiego 77% ankietowanych było zadowolonych [9]. Czystość toalet w omawianym szpitalu została oceniona na poziomie bardzo dobrym i dobrym przez 99,2% ankietowanych. Na podobnym poziomie utrzymały się szpitale na podstawie których swoje badania przeprowadzili Hartwich i wsp. – 93,1% [9].

Wśród pacjentów przebywających na oddziale 14,2% ankietowanych stwierdziło, że lekarz prowadzący nie przedstawił się im w czasie przeprowadzania wywiadu. Jest to prawdopodobnie jednym z elementów, który wpłynę na zadowolenie z opiekuna sali. W omawianym oddziale, satysfakcja wynosiła 95%. Na podobnym poziomie utrzymał się szpital w Pakistanie. Tamtejsi pacjenci byli w 94% zadowoleni z opieki sprawowanej przez swoich lekarzy [10]. Zbieranie wywiadu lekarskiego powinno odbywać się w warunkach komfortowych dla pacjenta. W tym zestawieniu specjaliści i ich stażyści z badanego ośrodka osiągają najlepszy wynik - 92,5% zadowolonych pacjentów. Szpital Tertiary Care w Lahore zapewnił podstawowe zasady intymności dla 53% swoich kuracjuszy [11]. Natomiast w województwie kujawsko – pomorskim, jedynie 45% ankietowanych stwierdziło, że czuło się komfortowo w czasie przeprowadzania wywiadu lekarskiego [9].

Konsultacje lekarskie w temacie aktualnych wyników badań, bądź proponowanego leczenia zostały przeprowadzone u 88,3% pacjentów przebywających w szpitalu. W Bydgoskiej Klinice Neurologii 44% oceniło je bardzo dobrze, a 40 % dobrze [11]. Lekarze prowadzący praktykę w szpitalu klinicznym w Pakistanie, zadowolili swoimi konsultacjami 65% kuracjuszy [10].

Poziom zrozumienia treści przekazywanych przez opiekuna jest kluczowy dla zapewnienia spokoju i pełnej komunikacji z chorym. Badani pacjenci szpitala wykazali się bardzo dużym zrozumieniem treści przekazywanych przez lekarza. Przekazywana wiedza była

jasna dla 75,8% ankietowanych. Badania Chmielewskiego i wsp. z 2015 roku, zostały przeprowadzone na terenie województwa małopolskiego, gdzie wynik zrozumienia osiąga wysokości 47,1% [12]. Jeszcze niższy poziom dostosowania sposobu mowy do indywidualnych pacjentów osiągnęli lekarze z województwa kujawsko - pomorskiego. Wśród tamtejszych pacjentów, tylko 45% określiło sposób wypowiedzania się lekarza jako zrozumiałą [9].

Podstawowe zasady zachowania intymności zostały zachowane przez pielęgniarki w 97% przypadków. Pacjenci wypowiadający się o Bydgoskim oddziale neurologii czuli się godnie podczas przeprowadzania wywiadu zdaniem 96% ankietowanych [11].

Sposób komunikacji z pacjentem, okazanie życzliwości, pomocy oraz odpowiedniego poziomu opieki wpływa na to jak pacjent spostrzega oddział. Rodzaj zaoferowanej opieki był satysfakcjonujący dla 97,5% ankietowanych. Badania dokonane przez Jurkiewicz i wsp. ukazują 100% zadowolenie z opieki [13].

Staranność wykonywanych zabiegów pielęgniarskich 99,17% ankietowanych określiło pozytywnie. Badania Hartwich i wsp. pokazały, że poziom dbałości podczas wykonywania poszczególnych procedur, zdaniem 90% pacjentów jest bardzo dobry i dobry [9]. Szybkość z jaką pielęgniarki reagowały na wezwanie pacjenta, które odbywa się za pomocą pilota alarmowego, 72,50% badanych określiła jako bardzo dobry, a 25,8% jako dobry. Według badań przeprowadzonych przez Jabłońską i wsp., w szpitalu w Bydgoszczy, 62% badanych uważa czas reagowania za bardzo dobry, a pozostałe 25,8% ankietowanych za dobrym [11].

Ocena kultury personelu pomocniczego pracującego na oddziale wypada bardzo korzystnie, 99,2% chorych ma o nim zdanie dobre, lub bardzo dobre. Na podobnym poziomie utrzymuje się kultura, którą prezentuje sobą personel pomocniczy na terenie województwa kujawsko – pomorskiego. W tamtym rejonie 98,9% kuracjuszy twierdzi, że personel jest uprzejmy [9]. Najniżej zostają ocenieni sanitariusze i panie sprzątające pracujące w Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie. Pomimo, że wśród tych szpitali jest to wynik najniższy, to w dalszym ciągu jest o bardzo dobry, ponieważ 94% ankietowanych wystawia pozytywną ocenę [14].

Na smak posiłków serwowanych w szpitalu narzekają 3,3% kuracjuszy. Według badań Jabłońskiej i wsp. na tamtejszym oddziale neurologicznym posiłki oceniono pozytywnie przez 92% chorych [11]. Pacjenci szpitala Wojewódzkiego w Lublinie najniżej ocenili jakość rozdawanych posiłków. 71,1% chorych wypowiedziało się pozytywnie w kwestii tamtejszego pożywienia [14]. Temperatura, w jakiej rozdawane są posiłki odpowiada dla większej części

ankietowanych – 96,7%. W Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie rozdają posiłki ciepłe zdaniem 37,9% badanych, oraz raczej ciepłe dla 50,8% kuracjuszy [14].

Pacjenci korzystający z usług gabinetów diagnostycznych, ocenili uprzejmość personelu tam pracującego pozytywnie – 98,3%. Wśród ankietowanych w szpitalu Specjalistycznym w Lublinie pozytywnie oceniło 86,8% badanych [14].

WNIOSKI

1. Poczucie komfortu i bezpieczeństwa podczas przyjęcia do szpitala zostało ocenione pozytywnie.
2. Praca izby przyjęć nie budziła zastrzeżeń. Poprawy wymaga aspekt czasu oczekiwania na lekarza przyjmującego.
3. Chorzy zaznaczyli, że potrzebne jest rozpowszechnienie informacji o kontakcie z duchownym.
4. Zdaniem badanych, pielęgniarki przyjmując pacjenta powinny porozumiewać się z nim prostszym językiem i przestrzegać zasad intymności.
5. Podczas przeprowadzania wywiadu lekarskiego należy zadbać o bardziej zrozumiały przekaz informacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Piątek A. Zarządzanie jakością [w:] Zarządzanie w pielęgniarstwie, KsykiewiczDorota A. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005: 303-328
2. Risser N. L.: Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in pri-mary care settings. Nurs Res. 1975; 24; 45-52
3. Davis G., Ricard R., Yellen E.: The Measuring of Patient Satisfaction. J Nurs Care Qual. 2002; 16: 23-29
4. Polski Komitet Normalizacyjny.: Systemy zarządzania jakością - Podstawy i terminologia. Polski Komitet Normalizacyjny, Warszawa 2015
5. Skrzypek E.: Jakość i efektywność. Wyd. UMCS, Lublin 2002.
6. Kobylański A., Nieżurawski L., Pawłowska B.: Pomiar satysfakcji klientów i jego znaczenie dla klientów – problemy badawcze. Problemy Jakości 2003; 03: 8.
7. Czekirda M., Mianowana V., Pałka R. i wsp.: Poziom satysfakcji pacjentów w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Logistyka 2014; 4: 174-175
8. Holik G., Nowak Z.: Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zeszyty Naukowe 2011; 863; 15-32.

9. Hartwich E., Kryn P., Leźnicka M. i wsp.: Ocena satysfakcji pacjenta z usług świadczonych w stacjonarnej opiece zdrowotnej w województwie kujawskopomorskim. *Hygeia Public Health* 2014; 49; 787 – 792.
10. Anjum A., Bajwa M.A., Hamid S. et al.: Patient satisfaction; OPD services in a Tertiary Care Hospital of Lahore. *Professional Med J* 2013. 20(6): 973-980.
11. Jabłońska R., Królikowska A., Książkiewicz i wsp.: Poziom satysfakcji z usług medycznych na oddziale neurologii. *Via Medica* 2008; 10: 70 – 82.
12. Chmielewski J., Komeda O., Kosecka i wsp.: Poziom satysfakcji pacjenta jako jeden z aspektów jakości opieki medycznej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2015; 21: 132 – 137.
13. Jurkiewicz B., Kołpa M., Sobyra A.: Wizerunek pielęgniarki oraz czynniki determinujące zadowolenie z opieki pielęgniarskiej na oddziale chirurgii jednego dnia. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2016; 3: 100 – 105.
14. Ocena poziomu satysfakcji pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie, 2013 [dostęp 28.12.2019].



ISBN Tom X

978-83-67454-37-7