Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

1(1)/2016

Rada naukowa
dr hab. Mariusz Wysokiński
dr hab. Joanna Rosińczuk
doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.
doc. PhDr. Zuzanna Hudáková, PhD.
dr Ewa Barczykowska
dr Wiesław Fidecki

Kolegium redakcyjne
dr Beata Haor – redaktor naczelny
dr hab. Robert Ślusarz; dr Mariola Głowacka – z-cy redaktora naczelnego
mgr Anna Antczak –sekretarz redakcji
dr Maciej Krzemiński; mgr Marta Lisowska – redaktorzy językowi

Lista recenzentów publikowana jest na stronie czasopisma:
http://www.wyd.edu.pl/index.php/innowacje-w-pielegniarstwie-i-naukach-i-zdrowiu/o-czasopismie

Projekt okładki
Kamil Zgodziński

Czasopismo jest wydawane na zasadach licencji niewyłącznej Creative Commons.

ISSN .....
ISSN (online) .....

© Copyright by Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
Włocławek 2016

Redakcja czasopisma:
Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25, 87-800 Włocławek
http://www.wyd.edu.pl/index.php/innowacje-w-pielegniarstwie-i-naukach-i-zdrowiu

Wersją pierwotną czasopisma jest wersja elektroniczna. Wersja papierowa jest dostępna w druku na żądanie.

Spis treści/Contents

Od Redakcji /Editorial..... 7

Artykuły oryginalne/Original

Leokadia Rezmerska, Dorota Kochman, Agnieszka Anaszewicz
Specyfika pracy a wypalenie zawodowe w opinii pielęgniarek ... 11

Bogusława Serzysko, Joanna Janik, Joanna Świerczek
Program profilaktyczny SCORE w zakresie chorób układu krążenia 27

Magdalena Sałata, Leokadia Rezmerska
Wybrane aspekty przygotowania do samoopieki w zakresie dietoterapii pacjentów 45

Maria Borowicz, Mariola Rybka
Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z depresją 61

Opis przypadku/Case Report

Teresa Miłkowska
Opieka pielęgniarska nad pacjentką z raną przewlekłą w warunkach domowych 76

Artykuły poglądowe/Review

Anna Antczak, Robert Ślusarz
Rola edukacyjna pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera i jego rodziną 91

Od Redakcji/Editorial

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością przekazujemy Państwu pierwszy numer międzynarodowego kwartalnika naukowego *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu (Innovations in Nursing and Health Sciences).* Czasopismo będzie publikowane w wersji on-line z bezpłatnym dostępem do tekstów. W kwartalniku prezentowane będą recenzowane artykuły oryginalne (eksperymentalne kliniczne i badawcze), poglądowe oraz opisy przypadków z zakresu pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu. Czasopismo skierowane jest do szerokiego grona specjalistycznego środowiska pielęgniarskiego oraz osób związanych z naukami o zdrowiu. Patronat nad kwartalnikiem sprawuje Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku.

Zachęcamy Państwa do lektury, nadsyłania swoich artykułów oraz sugestii dotyczących publikacji.

Z poważaniem
Redakcja

Artykuły oryginalne/Original

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 1(1)/2016
ISSN: 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.001

Leokadia Rezmerska[1], Dorota Kochman[1], Agnieszka Anaszewicz[2]
[1] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
[2] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku

Specyfika pracy a wypalenie zawodowe w opinii pielęgniarek

The specificity of the work and professional burnout in nurses opinion

Streszczenie

Wstęp. Charakter pracy pielęgniarki w oddziałach szpitalnych powoduje, że pielęgniarka narażona jest na działanie różnych czynników stresogennych przyczyniających się do powstania zjawiska wypalenia zawodowego. Sytuacja ta występuje z powodu długotrwałego stresu i nieskutecznego radzenia sobie z przeciążeniami zawodowymi. Mianem wypalenia zawodowego określany jest stan charakteryzujący się frustracją i wyczerpaniem, pojawiający się u osób, które w pracy intensywnie zajmują się innymi poświęcając temu wiele energii tak, że dochodzi do utraty sił i motywacji do kontynuowania pracy z dotychczasową intensywnością i zaangażowaniem. Model zespołu wypalenia zawodowego jest trójstopniowy i obejmuje wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz obniżone poczucie dokonań osobistych. Wskutek wypalenia zawodowego następuje utrata zaangażowania zawodowego i obniżenie satysfakcji zawodowej co prowadzi do obniżenia jakości i efektywności świadczonej opieki medycznej. W związku z tym podejmowane są działania zapobiegające temu zjawisku w środowisku pracy nie tylko ze względu na jego skutki zdrowotne i wydajność pracy ale także ze względu na bezpieczeństwo i dobro podopiecznych.

Cel. Celem pracy było określenie i zbadanie wpływu warunków środowiska pracy na poziom zjawiska wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek oddziałów szpitalnych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w 2013 roku, w grupie 70 pielęgniarek zatrudnionych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku w 4 oddziałach szpitalnych. Badania wykonano metodą sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji.

Wyniki. Dominującą grupą osób badanych pod względem wieku były pielęgniarki od 41 do 50 roku życia z długim stażem pracy od 21 do 30 lat i o wykształceniu na poziomie średniej szkoły medycznej. Bardziej liczną grupę stanowiły pielęgniarki ze zmianowym charakterem pracy. Wyniki badań dotyczą analizy poziomu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pod względem rodzaju oddziału szpitalnego.

Wnioski: 1.Charakter pracy pielęgniarek w oddziałach szpitalnych różnicuje poziom zjawiska zespołu wypalenia zawodowego. Wyższy poziom wypalenia zawodowego występuje w oddziałach zabiegowych w porównaniu z oddziałami zachowawczymi. 2. Praca pielęgniarek w systemie wielozmianowym powoduje wystąpienie wyższego poziomu wypalenia zawodowego niż praca jednozmianowa. 3. Pielęgniarki mające niskie poczucie satysfakcji zawodowej prezentują wyższy poziom wypalenia zawodowego. 4. Pielęgniarki znają i potrafią identyfikować symptomy zjawiska wypalenia zawodowego, jak również sposoby radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałania jego ujemnym skutkom.

Abstract

Introduction. The nature of a nurse's work in hospital wards makes the nurse exposed to various stress provoking factors that contribute to the emergence of the burnout phenomenon. This situation occurs due to prolonged stress and ineffective coping with overloads at work. Burnout is defined a as condition characterized by frustration and exhaustion appearing in people who take intensive care of others devoting so much energy, which results in the loss of energy and motivation to continue working with the previous intensity and commitment. The model of professional burnout syndrome is a three-stage process and includes emotional exhaustion, depersonalization, and reduced sense of personal accomplishment. As a result of burnout there occurs the loss of professional commitment and decrease of satisfaction with the job which leads to a reduction in the quality and effectiveness of medical care provided. Therefore, actions are taken to prevent this phenomenon in the work environment, not only because of its effects on health and the effectiveness of work but also because of the safety and welfare of patients.
Aim. The aim of this study was to determine and investigate the effect of environmental conditions on the level of the phenomenon of burnout among nurses at hospital wards.
Material and methods. The study was carried out in 2013, in a group of 70 nurses working in the Provincial Specialist Hospital in Wloclawek in 4 wards. The study was performed by means of diagnostic survey with the use of a questionnaire of our own design.
Results. The dominant group of those surveyed in terms of age were nurses aged from 41to 50 years with long years of service ranging from 21 to 30 years and with the education at the level of the secondary medical school. A more numerous group consisted of nurses with shift system of work. The results of the research refer to the analysis of the level of burnout among nurses in terms of the type of the hospital ward.
Conclusions. 1. The nature of the work of nurses in hospital wards varies the level of the phenomenon of professional burnout syndrome. Higher levels of burnout occurs in surgical wards as compared to conservative wards. 2. The work of nurses in multi-shift system of work causes a higher level of burnout than single shift system. 3. Nurses having a low sense of professional satisfaction represent a higher level of burnout. 4. Nurses know and are able to identify the symptoms of the phenomenon of burnout, as well as the ways of coping with stress and preventing its negative effects.

Słowa kluczowe: specyfika pracy, wypalenie zawodowe, pielęgniarka

Keywords: the specificity of work, burnout, nurse

Wstęp

Specyfika pracy pielęgniarki w oddziałach szpitalnych powoduje, że pielęgniarka narażona jest na działanie różnych czynników stresogennych przyczyniających się do powstania zjawiska wypalenia zawodowego. Sytuacja ta jest konsekwencją długotrwałego stresu i nieskutecznego radzenia sobie z przeciążeniami zawodowymi. Problem jakim jest zespół wypalenia zawodowego pierwszy raz został podjęty przez amerykańskiego psychiatrę H. Freudenberga w 1974 r. To właśnie pielęgniarki, których praca wymaga stałego kontaktu z oczekującymi pomocy ludźmi stały się głównym obiektem podjętych wówczas badań naukowych. Wykonując powierzone obowiązki pielęgniarki niejednokrotnie muszą radzić sobie z ogromnym obciążeniem emocjonalnym i psychicznym. Problem zaczyna pogłębiać się w momencie pojawienia się czynników przyczyniających się do narastania rozczarowania, frustracji i negatywnych emocji w środowisku pracy. Mianem wypalenia zawodowego określany jest stan charakteryzujący się frustracją i wyczerpaniem, pojawiający się u osób, które w pracy intensywnie zajmują się innymi poświęcając temu tak wiele energii psychicznej i fizycznej, że nie mają siły i motywacji do kontynuowania swojej pracy z dotychczasową intensywnością i zaangażowaniem [1]. Według C. Maslach występuje trójwymiarowy model procesu wypalenia zawodowego, który obejmuje wy-

czerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz obniżone poczucie dokonań osobistych [2]. W początkowym stadium są to objawy zmęczenia, drażliwość, utrata energii, zniechęcenie, brak cierpliwości, obojętność, bezoosobowe traktowanie podopiecznych, utrzymująca się złość, trudności w wyrażaniu własnych opinii. W dalszej kolejności narasta poczucie niezadowolenia, niekompetencji, pokrzywdzenia i utrata sensu pracy [3,4]. Wypalenie zawodowe pociąga za sobą wiele negatywnych konsekwencji dla pracownika w wielu jego dziedzinach życia. Wskutek wypalenia zawodowego następuje utrata zaangażowania zawodowego i obniżenie satysfakcji zawodowej co prowadzi do obniżenia jakości i efektywności świadczonej opieki medycznej. W związku z tym istotne staje się zapobieganie temu zjawisku w środowisku pracy nie tylko ze względu na jego skutki zdrowotne i wydajność pracy ale także ze względu na bezpieczeństwo i dobro podopiecznych.

Celem pracy było określenie i zbadanie wpływu warunków środowiska pracy na poziom zjawiska wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek oddziałów szpitalnych.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w 2013 roku w okresie od sierpnia do października, w grupie 70 pielęgniarek zatrudnionych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku w 4 oddziałach szpitalnych. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu (34/KB/2013). W celu realizacji badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji zawierającego 20 pytań zamkniętych jednokrotnego i wielokrotnego wyboru. Analizę statystyczną wyników badań wykonano przy pomocy programu Statistica 10.0 stosując współczynnik korelacji R Spearmana, nieparametryczny test U Manna-Whitneya oraz test rang Kruskala-Wallisa. Dla wszystkich analiz przyjęto współczynnik istotności na poziomie 0,05.

Wyniki

W badaniach uczestniczyło 70 pielęgniarek o zróżnicowanych cechach zawodowych i demograficznych. Tabela 1 prezentuje charakterystykę grupy badanych pielęgniarek.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy.

Cechy	Parametry	Wartości	
		n	%
Wiek	21-30 lat	2	2,9
	31-40 lat	11	15,6
	41-50 lat	37	52,9
	51-60 lat	20	28,6
Staż pracy	1-10 lat	9	12,8
	11-20 lat	10	14,3
	21-30 lat	34	48,6
	31-40 lat	17	24,3
Wykształcenie	Średnie zawodowe	36	51,4
	Wyższe zawodowe	28	40,0
	Wyższe magisterskie	6	8,6
System pracy	Jednozmianowa	15	21,4

	Dwuzmianowa	54	77,6
Miejsce pracy	Oddział Okulistyczny	10	14,3
	Oddział Chirurgiczny	20	28,6
	Oddział Internistyczny	19	27,1
	Szpitalny Oddział Ratunkowy	21	30,0

Źródło: opracowanie własne.

Dominującą grupę osób badanych pod względem wieku stanowiły pielęgniarki od 41 do 50 roku życia (52,9%). Najmniej liczna grupa wiekowa to wiek od 21 do 30 roku życia (2,9%). U zdecydowanej większości osób występował długi staż pracy i wynosił od 21 do 30 lat (48,6%). W zakresie wykształcenia dominującą grupę stanowiły pielęgniarki z wykształceniem na poziomie średniej szkoły medycznej (51,4%). Zdecydowanie liczniejszą grupę stanowili badani, których praca miała charakter zmianowy (77,1%).

Analiza statystyczna wyników badań polegała na ocenie zjawiska wypalenia zawodowego pielęgniarek w zależności od wybranych czynników demograficznych i warunków środowiska pracy. Wszystkie badane pielęgniarki stwierdzają jednomyślnie, że znają określenie i problematykę zjawiska wypalenia zawodowego.

Analiza poziomu wypalenia zawodowego pod względem grup wiekowych dowiodła, że zespół wypalenia kształtuje się zdecydowanie w największym zakresie na poziomie średnim we wszystkich grupach wiekowych, co dotyczy 64,7% badanej populacji. Natomiast jako niski poziom dominował w grupie wiekowej 51-60 lat (30%), a jako wysoki w grupie 31-40 lat (15,4%). Zależności te jednak nie są istotnie zależne statystycznie ($p<0,322$).

W analizie wyników nie zanotowano również istotnego statystycznie związku pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a stażem pracy ($p<0,540$). We wszystkich grupach podziału ze względu na długość stażu pracy dominuje średni poziom wypalenia zawodowego. Jednocześnie zaobserwowano, że wysoki poziom wypalenia występuje najczęściej u osób z krótkim stażem pracy, to jest od 1 roku do 10 lat (22,2%). Natomiast niski poziom wypalenia posiadają najczęściej osoby ze stażem pracy od 21-30 lat (26,5%).

Ankietowane pielęgniarki ze względu na rodzaj wykształcenia odczuwają w dominującym zakresie średni poziom wypalenia zawodowego. Jednak pielęgniarki z wykształceniem wyższym magisterskim aż w 50% posiadają niski poziom wypalenia zawodowego. Natomiast pielęgniarki z wykształceniem średnim zawodowym prezentują wysoki poziom wypalenia, co stanowi 19,4% osób badanych. W toku powyższej analizy stwierdzono, że różnice te są istotne statystycznie ($p<0,013$).

Poziom zespołu wypalenia zawodowego różni się istotnie w zależności od charakteru pracy badanych pielęgniarek ($p<0,020$). Zarówno praca zmianowa jak i praca jednozmianowa powodują w największym stopniu wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego na poziomie średnim. Zdecydowana większość pielęgniarek w pracy jednozmianowej określa poziom wypalenia jako niski (46,7%), a poziom wysoki występuje w pracy zmianowej pielęgniarek u16,4% osób badanych.

Wykonana analiza wyników badań wykazała również istotną zależność statystyczną zespołu wypalenia zawodowego i rodzaju oddziału szpitalnego jako miejsca pracy pielęgniarek ($p<0,001$). Najczęściej poziom wypalenia określany był jako średni, zarówno wśród pielęgniarek

oddziałów zabiegowych (chirurgia i okulistyka) jak i niezabiegowych (interna i SOR). Natomiast jako poziom wysoki podaje 17,6% osób badanych z oddziałów zabiegowych, a poziom niski wymienia 31,6% osób z oddziałów niezabiegowych.

Analizując wyniki badań dotyczące oceny poziomu wypalenia zawodowego w zależności od satysfakcji zawodowej stwierdzono, że badani, którzy odczuwają niską satysfakcję prezentują wysoki poziom wypalenia. Zależność ta jest istotna statystycznie (p<0,001).

W pracy zawodowej pielęgniarki nieodłącznym elementem jej działań jest stres, który wpływa niekorzystnie na stan zdrowia psychicznego i fizycznego oraz przyczynia się do wystąpienia objawów zespołu wypalenia zawodowego. Na podstawie analizy wyników badań ustalono, że zdecydowana większość badanych odczuwa występowanie stresu związanego z pracą (88,6%). W oddziale chirurgii i szpitalnym oddziale ratunkowym wszyscy badani podają, że w przebiegu ich pracy występuje stres. W najmniejszym stopniu stres występuje wśród pielęgniarek w oddziale internistycznym (68,4%). Zależności te są istotne statystycznie (p<0,004).

Wśród najczęściej występujących źródeł stresu badane pielęgniarki wymieniają: zbyt mała ilość personelu pielęgniarskiego (17,4%), nadmiar dokumentacji (16,2%), wysokie obciążenie psychiczne i duża odpowiedzialność za stan zdrowia pacjenta (15,1%), praca w systemie zmianowym a głównie praca na dyżurze nocnym(10,4%), obciążenie fizyczne (10,0%), ryzyko zakażenia (10%). Przedstawione źródła stresu są wymieniane jako główne w oddziale okulistycznym, chirurgicznym i w szpitalnym oddziale ratunkowym według powyższej kolejności. Natomiast w oddziale internistycznym dominującym powodem stresu jest praca zmianowa, duże obciążenie psychiczne i odpowiedzialność. Różnice jednak nie są istotne statystycznie (p<0,646).

W badaniach i analizie wyników uwzględniono także najczęściej występujące symptomy zespołu wypalenia zawodowego zarówno w kategorii stanów psychicznych jak i fizycznych. Wśród zdiagnozowanych występuje utrata zapału do pracy (55,7%), gdzie najbardziej dominująca jest w szpitalnym oddziale ratunkowym, a najmniej w oddziale okulistycznym. Stwierdzono zależność istotną statystycznie (p<0,049). Poczucie braku czasu występuje aż u 81,4% badanych. Najczęściej ma ono miejsce w oddziale chirurgicznym a najmniej w oddziale okulistycznym. Zależności są istotne statystycznie (p<0,001). Badaną cechą wypalenia zawodowego było również schematyczne traktowanie pacjentów, które występuje w 31,4%. Zachowanie to najczęściej zdarza się szpitalnym oddziale ratunkowym a najmniej w oddziale internistycznym. Różnice są istotne statystycznie (p<0,027). Kolejne badane symptomy wypalenia zawodowego to brak cierpliwości, obojętność i unikanie kontaktów z pacjentami pojawiające się w 35,7%. Stany te najczęściej stwierdzono w szpitalnym oddziale ratunkowym a najmniej w oddziale chirurgicznym. Występujące różnice są istotne statystycznie (p<0,027). Dalsze badane objawy wypalenia zawodowego w kategorii stanów psychicznych nie różnią się istotnie w odniesieniu do poszczególnych oddziałów. Objawami tymi były: łatwe wpadanie w irytację i złość na członków rodziny (74,3%), zmienność nastroju, drażliwość, lęk, gniew (55,7%), trudności w wyrażaniu opinii lub unikanie wyrażania własnego zdania (34,3%), bezosobowe traktowanie pacjentów i obojętność wobec problemów pacjenta (15,7%), utrzymująca się złość i stan urazy do przełożonych i kolegów (8,6%), uczucie pustki i braku celów życiowych (7,1%), obecność negatywnych postaw i myśli (7,1%).

W dalszej kolejności badaniom poddano objawy i dolegliwości fizyczne występujące wśród pielęgniarek po przebytym dyżurze, które mogą nasilać i pogłębiać właściwe objawy zespołu wypalenia zawodowego. Poczucie zmęczenia występuje bardzo często, bo aż u 74,3% osób

badanych. Najbardziej dominuje u pielęgniarek w oddziale wewnętrznym, a najmniej w oddziale okulistycznym. Różnice są istotne statystycznie (p<0,001). Bóle kręgosłupa są podawane aż przez 87,1% badanych. Najczęściej wymieniają je pielęgniarki z oddziału chirurgicznego, a najmniej z oddziału okulistycznego. Badane różnice są istotne statystycznie (p<0,001). Spośród dolegliwości tej kategorii występuje także mrowienie i drętwienie kończyn (47,1%). Najczęściej dolegliwości te są wśród pielęgniarek szpitalnego oddziału ratunkowego, a najmniej u pielęgniarek oddziału okulistycznego. Stwierdzono różnice istotne statystycznie (p<0,047). Zaburzenia snu występują u 42,9% osób badanych. Najwięcej zaburzeń snu jest wśród osób ze szpitalnego oddziału ratunkowego, natomiast najmniej wśród badanych z oddziału okulistycznego. Występujące różnice są istotne statystycznie (p<0,014). Zaburzenia apetytu podaje bardzo nieduża liczba badanych, co stanowi 7,1%. Najwięcej zaburzeń tego typu jest wśród badanych z oddziału okulistycznego, a w ogóle jest ich brak wśród osób z oddziału internistycznego i szpitalnego oddziału ratunkowego. Stwierdzone różnice są istotne statystycznie (p<0,012). Wśród badanych dolegliwości fizycznych występuje także ból głowy stwierdzony u 38,6% badanych. Najczęściej jest on podawany przez badanych ze szpitalnego oddziału ratunkowego, a najrzadziej przez osoby z oddziału okulistycznego. Różnice te nie są istotne statystycznie (p<0,283).

Badane pielęgniarki deklarują wysoką znajomość metod radzenia sobie ze stresem, co stanowi aż 87,1%. Różnice opinii w poszczególnych oddziałach są istotne statystycznie (p<0,042). Znajomość metod radzenia sobie ze stresem jest najwyższa wśród badanych w oddziale internistycznym, a najniższa wśród badanych w oddziale chirurgicznym.

Wśród badanych pielęgniarek występuje zróżnicowana znajomość środków do walki ze stresem. Najczęściej wymienianymi są: wypoczynek (34,8%), pozytywne myślenie (25,8%), aktywność fizyczna (16,7%). Najrzadziej podawane to: zażywanie leków uspokajających (1,5%) oraz stosowanie używek i aktywne życie towarzyskie (3,8%). Różnice dotyczące wiedzy na ten temat wśród osób z poszczególnych oddziałów nie są istotne statystycznie (p<0,943).

Dyskusja

Specyfika pracy w oddziałach szpitalnych powoduje, że pielęgniarka jest narażona na działanie różnych czynników stresogennych. Jednym z najgroźniejszych skutków chronicznego stresu w pracy pielęgniarki jest zespół wypalenia zawodowego. Proces wypalenia zawodowego jest nieuchronną konsekwencją destrukcji, która zachodzi w psychice osób nadmiernie eksploatujących swoje siły w dawaniu siebie innym. Objawy wypalenia zawodowego pojawiają się i narastają przez długi okres czasu i przechodzą przez trzy fazy, takie jak: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, zmniejszenie poczucia własnych osiągnięć [5].

Pielęgniarki uczestniczące w aktualnych badaniach stwierdzają jednomyślnie, że znają określenie i problematykę zjawiska wypalenia zawodowego (100%). Taki sam stan wiedzy występuje w badaniach E. Kędry i K. Sanok, które to autorki podają, że wszystkie badane pielęgniarki pracujące w podmiotach leczniczych na terenie województwa dolnośląskiego posiadają wiedzę na temat wypalenia zawodowego [6]. Podobne wyniki uzyskały także A. Lewandowska i B. Litwin, gdzie 98% badanych zna zagadnienie zespołu wypalenia zawodowego [7]. Natomiast w grupie pielęgniarek operacyjnych szpitali w Białymstoku znajomość terminu „wypalenie zawodowe" deklarowało 87% badanych [8]. Wśród pielęgniarek oddziałów neurologicznych w Gdańsku i Elblągu stwierdzono również ogólną znajomość zjawiska wypalenia zawodowego i jego cech (61,6%) [9].

Analiza wyników badań własnych wykazała, że zespół wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach szpitalnych kształtuje się na poziomie średnim. Niski poziom wypalenia zawodowego dominował w grupie wiekowej 51–60 lat, a jako wysoki poziom w grupie 31–40 lat. Jednocześnie zaobserwowano, że wysoki poziom wypalenia zawodowego występuje najczęściej u osób z krótkim stażem pracy, to jest od 1 roku do 10 lat, natomiast niski poziom wypalenia posiadają najczęściej osoby ze stażem pracy od 21–30 lat. Pielęgniarki z wykształceniem wyższym magisterskim posiadają niski poziom wypalenia zawodowego, a z wykształceniem średnim zawodowym prezentują wysoki poziom wypalenia. Zdecydowana większość pielęgniarek w pracy jednozmianowej określa poziom wypalenia jako niski, a poziom wysoki występuje w pracy wielozmianowej. Jako poziom wysoki wypalenia zawodowego występuje w oddziałach zabiegowych, a poziom niski jest charakterystyczny dla oddziałów niezabiegowych. Wśród badanych osób, które odczuwają niską satysfakcję z wykonywanej pracy występuje wysoki poziom wypalenia zawodowego. Autorzy innych badań, w składzie M. Wyderka, H. Kowalska, Szeląg E. podają, że miejsce pracy pielęgniarek ma wpływ na stopień nasilenia objawów dwóch komponentów wypalenia zawodowego, to jest wyczerpania emocjonalnego i obniżonego poczucia dokonań osobistych. Natomiast w badaniach tych nie zaobserwowano wyraźnego wpływu miejsca pracy na stopień nasilenia objawów depersonalizacji. W wynikach badań powyższych autorek podano również, że jako „bardzo obciążającą" pracę pod względem fizycznym i psychicznym ocenia 100% pielęgniarek z oddziału intensywnej opieki medycznej, 90% z oddziału internistycznego i tylko 20% z oddziału pediatrycznego [10]. Z badań wykonanych przez K. Wojciechowską i D. Krzyżanowskiego wynika, że istnieje zależność między warunkami pracy a poziomem wypalenia zawodowego. Im są gorsze warunki środowiska pracy tym wyższy jest poziom wypalenia zawodowego [11].

Zjawisko stresu zawodowego jest obecne w pracy pielęgniarki i występuje na wysokim poziomie. W badaniach własnych stwierdzono, że przeważająca większość osób odczuwa stres związany z pracą. W oddziale chirurgicznym i szpitalnym oddziale ratunkowym wszyscy badani podają, że w przebiegu ich pracy występuje stres. W najmniejszym stopniu stres występuje wśród pielęgniarek w oddziale internistycznym. Podobne wyniki prezentują autorzy badań przeprowadzonych w Powiatowym Szpitalu w Lipsku gdzie specyfika pracy pielęgniarki miała wpływ na odczuwanie stresu związanego z pracą zawodową. Pielęgniarki pracujące w oddziałach zabiegowych odczuwały większy stres niż pielęgniarki pracujące w oddziałach zachowawczych [12].

Wśród najczęściej występujących źródeł stresu badane pielęgniarki oddziału okulistycznego, chirurgicznego i w szpitalnym oddziale ratunkowym podają zbyt małą ilość personelu pielęgniarskiego, nadmiar dokumentacji, wysokie obciążenie psychiczne, dużą odpowiedzialność za stan zdrowia pacjenta, pracę w systemie zmianowym a głównie pracę na dyżurze nocnym, obciążenie fizyczne, ryzyko zakażenia. Natomiast w oddziale internistycznym dominującym powodem stresu jest praca zmianowa, duże obciążenie psychiczne i odpowiedzialność.

Zespół wypalenia zawodowego charakteryzuje się określonymi symptomami w kategorii stanów psychicznych, emocjonalnych i fizycznych, które podlegały także aktualnym badaniom. Wśród badanych pielęgniarek najczęściej występujące objawy wypalenia zawodowego to: poczucie braku czasu (81,4%), łatwe wpadanie w irytację i złość na członków rodziny (74,3%), zmienność nastroju, drażliwość, lęk, gniew (55,7%), utrata zapału do pracy (55,7%), trudności w wyrażaniu opinii lub unikanie wyrażania własnego zdania (34,3%), schematyczne traktowanie pacjentów (31,4%), brak cierpliwości, obojętność i unikanie kontaktów z pacjentami (35,7%).

Ocenie podlegały także dolegliwości fizyczne, które występują wśród pielęgniarek po przebytym dyżurze i mogą przyczyniać się do pogłębienia objawów zespołu wypalenia zawodowego. Wśród najczęściej podawanych dolegliwości są: poczucie zmęczenia (74,3%), bóle kręgosłupa, mrowienie i drętwienie kończyn (47,1%), zaburzenia snu (42,9%), ból głowy (38,6%), zaburzenia apetytu (7,1%).

Wśród badanych pielęgniarek występuje wysoka znajomość metod radzenia sobie ze stresem (87,1%). Znajomość metod radzenia sobie ze stresem jest najwyższa wśród badanych w oddziale internistycznym, a najniższa wśród badanych w oddziale chirurgicznym. Wśród badanych pielęgniarek stwierdzono zróżnicowaną znajomość środków do walki ze stresem. Najczęściej wymienianymi są: wypoczynek (34,8%), pozytywne myślenie (25,8%), aktywność fizyczna (16,7%). Najrzadziej podawane to: zażywanie leków uspokajających (1,5%) oraz stosowanie używek i aktywne życie towarzyskie (3,8%). Podobne wyniki uzyskały A. Lewandowska i B. Litwin, które podają, że najczęstszym sposobem radzenia sobie ze stresem jest wypoczynek bierny (27%) i wypoczynek czynny (22%). Ponadto pielęgniarki te poszukują wsparcia u członków rodziny, koleżanek z pracy (65%) lub wśród przełożonych (28%), a 7% nie rozmawia o swoich problemach [7]. Wyniki badań J. Ogińskiej i R. Żuralskiej również potwierdzają powyższe dane. Autorki tych badań podają także, że w walce ze stresem duże znaczenie posiada uzyskanie wsparcia ze strony najbliższych i współpracowników jak również różne formy aktywnego lub biernego wypoczynku [9]. Według G. Dębskiej i G. Cepuch najistotniejszymi strategiami radzenia sobie ze stresem było poszukiwanie wsparcia oraz koncentracja na zadaniu, które ma wpływ na modyfikację działania [5]. Pozytywne sposoby radzenia sobie ze stresem występują również wśród grupy pielęgniarek pracujących w oddziałach chirurgicznych szpitali w Lublinie i w Biłgoraju. Pielęgniarki chirurgiczne wskazują na duże znaczenie wsparcia, pozytywnego myślenia i aktywności fizycznej w aspekcie obniżania poziomu stresu zawodowego [8].

Wnioski

1. Charakter pracy pielęgniarek w oddziałach szpitalnych różnicuje poziom zjawiska zespołu wypalenia zawodowego. Wyższy poziom wypalenia zawodowego występuje w oddziałach zabiegowych w porównaniu z oddziałami zachowawczymi.
2. Praca pielęgniarek w systemie wielozmianowym powoduje wystąpienie wyższego poziomu wypalenia zawodowego niż praca jednozmianowa.
3. Pielęgniarki mające niskie poczucie satysfakcji zawodowej prezentują wyższy poziom wypalenia zawodowego.
4. Pielęgniarki znają i potrafią identyfikować symptomy zjawiska wypalenia zawodowego, jak również sposoby radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałania jego ujemnym skutkom.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Dla przeciwdziałania zjawisku wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek należy kształtować i wzmacniać pozytywne czynniki środowiska pracy jak również doskonalić relacje międzyosobowe w zespole terapeutycznym oraz z pacjentem i jego rodziną, a także rozwijać umiejętności asertywnego postępowania i radzenia sobie ze stresem. Zachowania te mogą znacząco redukować syndrom wypalenia zawodowego, zwiększać poczucie satysfakcji zawodowej oraz wpływać na poziom i jakość świadczonej opieki pielęgniarskiej.

Bibliografia / Bibliography:

1. Haor B., Głowacka M., Rybka M., Ślusarz R., Humańska M. Wybrane uciążliwości w środowisku pracy pielęgniarek opieki długoterminowej a stres i wypalenie zawodowe. W: Głowacka M. (Red.), Pielęgniarstwo a rynek pracy. Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej. Wydawnictwo PWSZ w Płocku, Płock 2014;45–52.

2. Dębska G., Cepuch G. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. Problemy pielęgniarstwa. 2008;16(3):273–275.

3. Kędra E., Sanak K. Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarki. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne. 2013;3(2):119–132.

4. Lewandowska A., Litwin B. Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki. Annales Akademiae Medicae Stetinensis. Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. 2009;55(3):86–89.

5. Płotka A., Mulawa J., Makara-Studzińska M., Szymona K., Karakuła H. Kowal A. Zespół wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek oddziałów chirurgicznych. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia. 2005;(LX)7:163–169.

6. Ogińska J., Żuralska R. Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. Problemy Pielęgniarstwa. 2010;(18)4:435–442.

7. Wyderka M., Kowalska H., Szeląg E. Wypalenie zawodowe jako problem występujący wśród pielęgniarek. Pielęgniarstwo Polskie. 2009;(34)4:265–275.

8. Wojciechowska K., Krzyżanowski D. Wpływ warunków pracy na poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne. 2011;3(1):235–244.

9. Nowak-Starz G., Kozak B., Zdziebło K. Wpływ stresu związanego z pracą zawodową na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i zachowawczych. Studia Medyczne. 2013;29(1):15–21.

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 1(1)/2016
ISSN: 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.002

Bogusława Serzysko[1,2], Joanna Janik[3], Joanna Świerczek[2]
[1] Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Katedra Kardiologii, Wad Wrodzonych Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
[2] Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej, Wydział Społeczno-Medyczny
[3] Studentka, Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej, Wydział Społeczno-Medyczny

Program profilaktyczny SCORE w zakresie chorób układu krążenia

The SCORE prophylactic for diseases of the circulatory system

Streszczenie

Wstęp. Choroby sercowo-naczyniowe odpowiadają za około 50% zgonów w Europie. W Polsce umieralność z powodu udaru mózgu i zawału serca jest około 1,5 do 3 razy wyższa, niż w krajach starej Unii Europejskiej. Niepokojący jest fakt, iż wyższa umieralność w stosunku do krajów UE dotyczy w znacznym stopniu ludzi młodych i w średnim wieku. Najskuteczniejszą metodą ograniczenia zachorowalności oraz zmniejszenia umieralności jest profilaktyka pierwotna.

Cel badań. Celem badań była ocena ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego według algorytmu SCORE wśród populacji pacjentów Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) biorących udział w Programie Profilaktyki Chorób Układu Krążenia w województwie śląskim.

Materiał i metoda. Program profilaktyczny skierowany był do osób obciążonych czynnikami ryzyka znajdujących się na liście lekarza poradni POZ w grupie wiekowej najbardziej zagrożonych chorobami układu krążenia, tj. od 35 do 55 roku życia. Badania przeprowadzono przy zastosowaniu Karty Badania Profilaktycznego od stycznia do grudnia 2014 roku. Badaniami objęto 142 pacjentów (86 kobiet - 60,56% i 56 mężczyzn 39,44%).

Wyniki. Czynnikami wpływającymi na zwiększoną zachorowalność na choroby sercowo-naczyniowych wśród badanej populacji była: otyłość, która występowała u 21,13% badanej populacji, zbyt niska aktywność fizyczna 83,1%, cukrzyca 4,23%, nadciśnienie tętnicze 21,83%, podwyższone wartości cholesterolu (63,38%), LDL (60,56%), trójglicerydów (19,72%) czy palenie papierosów (61,11%).

Wnioski. W badanej zbiorowości na przykładzie SCORE przeważały osoby o umiarkowanym ryzyku (56,34%) wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w ciągu najbliższych dziesięciu lat, 26,06% z małym ryzykiem oraz 14,79% ze zwiększonym ryzykiem. Tylko u 2,82% respondentów stwierdzono znaczne ryzyko wystąpienia choroby. W wyniku badania profilaktycznego u 5,63% pacjentów rozpoznano chorobę układu krążenia, którzy zostali skierowani na dalszą diagnostykę lub leczenie.

Abstract

Introduction. Cardiovascular diseases are responsible for about 50% of deaths in Europe. In Poland, mortality from stroke and heart attack is from approximately 1.5 to 3 times higher than in the old European Union. Alarming is the fact that the higher mortality compared to the countries of the EU regards largely the young and middle-aged. The most effective method to reduce morbidity and decrease mortality is primary prevention.
Aim. The aim of the study was to assess the risk of a cardiovascular event according to SCORE algorithm with the population of Primary Health Care (PHC) patients participating in the Program for the Prevention of Cardiovascular Diseases in Silesian Province.
Material and methods. The preventive program was aimed at people with risk factors included in the list PHC medical clinic in the age group with the highestrisk of cardiovascular disease, ranging from35 to 55 years of age. The research was carried out with the use of the Charter of Prophylactic Examination from January to December 2014. The study included 142 patients (86 women - 60.56% and 56 men 39.44%).
Results. The factors affecting the increased incidence of cardiovascular disease among the studied population was obesity, which appeared in 21.13% of the population surveyed, very low physical activity 83.1%, diabetes 4.23%, hypertension 21.83%, increased values of cholesterol (63.38%), LDL cholesterol (60.56%) TG (19.72%) and smoking (61.11%).
Conclusions. In the study population as an example of SCORE there were mostly people with moderate risk (56.34%) of a cardiovascular event within the next ten years, 26.06% of low risk and 14.79% with an increased risk. Only in 2.82% of respondents a significant risk of the disease was identified. In the result of preventive examinations 5.63% of patients were diagnosed with cardiovascular disease and referred for further evaluation or treatment.

Słowa kluczowe: profilaktyka, SCORE, otyłość, palenie papierosów.

Keywords: prevention, SCORE, obesity, smoking

Wstęp

Choroby sercowo-naczyniowe (ChSN) są jednym z zagrożeń dla zdrowia Polaków. Stanowią główną przyczynę chorobowości, umieralności oraz niepełnosprawności zarówno w Polsce, jak i w większości krajów rozwiniętych. Stanowią poważny problem dla systemu opieki zdrowotnej i polityki zdrowotnej, ponieważ wpływają na rosnące koszty tej opieki [1]. Choroby te odpowiadają za około 50% zgonów w Europie. W Polsce umieralność z powodu udaru mózgu i zawału serca jest od około 1,5 do 3 razy wyższa, niż w krajach starej Unii Europejskiej. Niepokojący jest fakt, iż wyższa umieralność w stosunku do krajów UE dotyczy w znacznym stopniu ludzi młodych i w średnim wieku. Najskuteczniejszą metodą ograniczenia zachorowalności oraz zmniejszenia umieralności jest profilaktyka pierwotna [2].

Nieprzestrzeganie prozdrowotnego stylu życia jest czynnikiem ryzyka współczesnych chorób cywilizacyjnych. Programy profilaktyczne są istotnym źródłem informacji o stanie zdrowia populacji. Przyczyniają się do redukcji chorobowości, umieralności z powodu chorób układu krążenia (ChUK) [3]. Działania profilaktyki pierwotnej dotyczą działań podejmowanych po stwierdzeniu podwyższonego poziomu czynników ryzyka sercowego, obejmując zalecenia modyfikacji stylu życia i edukację zdrowotną, zmierzające do ograniczenia lub usunięcia czynników ryzyka. Zapobieganie nowym zachorowaniom poprzez zmniejszenie narażenia na czynniki ryzyka ChUK stanowi najlepszą metodę redukcji zachorowań oraz umieralności z powodu tych schorzeń. Oszacowano, iż dzięki zmniejszeniu narażenia na czynniki ryzyka i innym działaniom prowadzonym w ramach prewencji pierwotnej można zapobiec 60-70% zgonów na skutek ChSN w krajach wysoko rozwiniętych [4].

Do rozwoju chorób układu krążenia prowadzi wiele czynników ryzyka, które możemy podzielić na modyfikowalne i te, których modyfikacja jest niemożliwa. Do drugiej grupy zalicza się płeć męską, zaawansowany wiek i predyspozycje genetyczne, a do najważniejszych czynników potencjalnie modyfikowalnych należą: palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, otyłość, zaburzenia gospodarki lipidowej i węglowodanowej, niska aktywność fizyczną oraz stres. Podłożem tych chorób jest zwykle miażdżyca, która przez wiele lat postępuje bezobjawowo, a jej występowanie związane jest między innymi ze stylem życia i czynnikami, które można modyfikować.

Zapobieganie chorobom sercowo-naczyniowym obejmuje przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia, zwalczanie czynników ryzyka. Jak wykazały badania epidemiologiczne obserwowane w ciągu ostatnich dekad zmniejszenie umieralności z przyczyn sercowo-naczyniowych jest w głównej mierze wynikiem poprawy stylu życia, leczenia nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych oraz cukrzycy, a także wdrożenia farmakoterapii prewencyjnej. Te oddziaływania odpowiadają za blisko 80% sukcesu współczesnej prewencji chorób układu krążenia, jakim jest zmniejszenie umieralności z ich powodu. Doświadczenia płynące z krajów europejskich oraz Stanów Zjednoczonych wskazują, iż programy profilaktyczne w znacznym stopniu przyczyniają się do redukcji zgonów obywateli tych państw. Zaniechania w pierwotnej prewencji chorób układu krążenia mają bardzo niekorzystne skutki, gdyż wiadomo, że działania profilaktyczne są nie tylko skuteczne, ale uzasadnione ekonomicznie [2].

Celem pracy była ocena ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego według algorytmu SCORE w populacji pacjentów wybranej Poradni Medycyny Rodzinnej POZ uczestniczących w Programie Profilaktyki Chorób Układu Krążenia finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w województwie śląskim.

Materiał i metody

Program profilaktyczny realizowany i finansowany w ramach kontraktu z NFZ na realizację świadczeń w zakresie lekarza POZ skierowany był do osób obciążonych czynnikami ryzyka znajdujących się na liście lekarza poradni POZ w grupie wiekowej najbardziej zagrożonych chorobami układu krążenia, tj. od 35 do 55 roku życia. Uprawnionymi do uzyskania świadczeń w powyższym zakresie były osoby będące w danym roku kalendarzowym w 35, 40, 45, 50 i 55 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach Programu (również u innych świadczeniodawców).

Świadczenia w ramach Programu były udzielane bez skierowania. Na badania pacjenci byli zapraszani imiennie, osobiście, telefonicznie, bądź w trakcie wizyty u lekarza. Zaproszenia zamieszczono również w formie plakatu w Przychodni Specjalistycznej oraz na stronie internetowej tejże placówki i w gazecie lokalnej.

Badania przeprowadzono przy zastosowaniu wywiadu zgodnie z Kartą Badania Profilaktycznego (załącznik do pisma Prezesa NFZ z dnia 23 września 2013 r.). Badania zostały przeprowadzone od stycznia do grudnia 2014 roku. Badaniami objęto 142 pacjentów (86 kobiet i 56 mężczyzn). Z zakwalifikowanych do programu 555 osób zgłosiło się tylko 142 pacjentów, co stanowiło 25,6%; czyli na zaproszenie nie odpowiedziało aż 74,4% osób.

Cała badana grupa została podzielona na dwie duże grupy według kryterium płci. Każda z tych grup osób została następnie podzielona na dwie podgrupy: do pierwszej podgrupy zaliczono osoby, dla których wiek nie stanowi czynnika ryzyka chorób układu krążenia (zarówno w

przypadku kobiet i mężczyzn są to osoby do 45 lat) oraz osoby, dla których wiek stanowić może czynnik ryzyka chorób układu krążenia (dotyczy również osób obu płci w wieku powyżej 46 lat).

Dla każdej z wyróżnionych podgrup, na podstawie analizy wyników badania fizykalnego oraz badania biochemicznego, ustalono liczbę osób, dla których wymienione czynniki stanowią czynnik ryzyka oraz liczbę osób, dla których czynniki te nie stanowią czynnika ryzyka. Obliczono także ryzyko incydentu sercowo-naczyniowego według algorytmu SCORE. Jednak nie wszystkie czynniki wpływające na występowanie ryzyka sercowo-naczyniowego przedstawiono w tej pracy. Wyłoniono tylko te najważniejsze, które wpływają na zachorowalność, a mogą zostać zmniejszone poprzez prewencję i edukację pacjentów. Zaliczają się do nich otyłość, aktywność fizyczna i palenie papierosów.

Z otrzymanych wyników wynika, iż 9,3% ogółu kobiet znajduje się w grupie ryzyka ze względu na wiek (45 lat i więcej), a 90,7% jest poza grupą ryzyka. Natomiast 64,29% ogółu mężczyzn znajduje się w grupie ryzyka ze względu na wiek (45 lat i więcej), a 35,71% pozostaje poza grupą ryzyka.

W grupie kobiet, które ze względu na wiek nie należą do grupy ryzyka, odnotowano dodatkowe obciążenie w postaci przypadków rozpoznania u ojca lub matki zawału serca lub udaru mózgu. I tak, u 12 kobiet spoza grupy ryzyka ze względu na wiek ojciec miał rozpoznany zawał serca (13,95% ogółu kobiet), u 4 kobiet ojciec miał rozpoznany udar mózgu (4,65%), u 5 matka miała rozpoznany zawał serca (5,91%); w przypadku jednej kobiety rozpoznano udar mózgu u matki (1,16%). Natomiast w grupie kobiet należących ze względu na wiek do grupy ryzyka w jednym przypadku stwierdzono udar mózgu u matki (1,16%), co przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy ze względu na płeć oraz wiek pod kątem obciążenia rodzinnego.

Specyfikacja	Kobiety			Mężczyźni		
	do 45 lat	46 lat i więcej	Razem	do 45 lat	46 lat i więcej	Razem
Liczba	78	8	86	20	36	56
Zdiagnozowany zawał mięśnia sercowego u ojca	12	0	12	1	3	4
Zdiagnozowany udar u ojca	4	0	4	0	2	2
Zdiagnozowany zawał mięśnia sercowego u matki	5	0	5	0	2	2
Zdiagnozowany udar u matki	1	1	2	0	2	2

Źródło: opracowanie własne.

Z powyższych danych wynika, że u kobiet, które ze względu na wiek nie należą do grupy ryzyka, ale których rodzice mieli rozpoznany zawał serca lub udar mózgu, ryzyko choroby układu krążenia można uznać za podwyższone [5].

W grupie mężczyzn nie należących ze względu na wiek do grupy ryzyka odnotowano tylko jeden przypadek rozpoznanego zawału serca u ojca (1,79% ogółu mężczyzn). Wszystkie pozostałe przypadki zachorowań ojca lub matki na zawał serca lub udar mózgu dotyczą mężczyzn należących ze względu na wiek do grupy ryzyka. Tak więc odnotowano 3 przypadki zawału serca u ojca (5,36% ogółu mężczyzn), po 2 przypadki udaru mózgu u ojca, zawału serca u matki i udaru mózgu u matki (po 3,57%). Jak widać, w przypadku mężczyzn genetyczny czynnik ryzyka pojawia się zazwyczaj w grupie mężczyzn w wieku, w którym oni sami znajdują się już w grupie ryzyka, a czynnik dziedziczny jedynie pogłębia to ryzyko.

Natomiast w badanej grupie nadciśnienie tętnicze wystąpiło jako czynnik ryzyka chorób układu krążenia u 31 osób (co stanowi 21,83% ogółu badanych osób), a u 111 osób (78,17%) nadciśnienie tętnicze nie stanowiło czynnika ryzyka ChUK. Jak wynika z przedstawionych danych w tabeli 2 w obu wyróżnionych ze względu na wiek podgrupach kobiet odnotowano istotnie większe udziały kobiet, dla których nadciśnienie tętnicze nie stanowi czynnika ryzyka chorób układu krążenia: w grupie kobiet w wieku do 45 lat (w tej grupie wiek nie jest jeszcze czynnikiem ryzyka ChUK) udział osób bez podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego wynosi 93,59%, w grupie kobiet w wieku powyżej 45 lat (w tej grupie wiek jest czynnikiem ryzyka ChUK) udział ten wynosi 62,50%. W grupie mężczyzn w wieku do 45 lat (w tej grupie wiek nie jest czynnikiem ryzyka ChUK), co czwarta osoba ma nadciśnienie tętnicze, natomiast w grupie wiekowej powyżej 45 lat (w tej grupie wiek jest w przypadku mężczyzn czynnikiem ryzyka ChUK), co druga. Jak widać, udział mężczyzn z nadciśnieniem tętniczym jest w obu ich podgrupach wyższy niż w odpowiadających im podgrupach kobiet. Zróżnicowanie udziałów okazało się na tyle duże, że wystąpiła znamienność statystyczna $p<0,05$, co uwidacznia tabela 2.

Tabela 2. Nadciśnienie tętnicze jako czynnik ryzyka.

Specyfikacja	Nadciśnienie tętnicze		
	Nie jako czynnik ryzyka	Jako czynnik ryzyka	Razem
Dane empiryczne			
Kobiety w wieku do 45 lat	73	5	78
Kobiety w wieku ponad 45 lat	5	3	8
Mężczyźni w wieku do 45 lat	15	5	20

Mężczyźni w wieku ponad 45 lat	18	18	36
Razem	**112**	**31**	**142**
Oczekiwane wartości			
Kobiety w wieku do 45 lat	61	17	78
Kobiety w wieku ponad 45 lat	6	2	8
Mężczyźni w wieku do 45 lat	16	4	20
Mężczyźni w wieku ponad 45 lat	28	8	36
Razem	**111**	**30**	**142**
Obliczenia *chi-kwadrat*			
Kobiety w wieku do 45 lat	2,37285	8,49632	10,86917
Kobiety w wieku ponad 45 lat	0,25127	0,89970	1,15097
Mężczyźni w wieku do 45 lat	0,02569	0,09200	0,11770
Mężczyźni w wieku ponad 45 lat	3,65436	13,08496	16,73932
Razem	**6,30417**	**22,57299**	**28,87716**
Wartość *krytyczna chi-kwadrat*	7,81473 p<0,05		

Źródło: opracowanie własne.

Natomiast otyłość w badanej grupie jako czynnik ryzyka wystąpiła u 30 osób (co stanowiło 21,13% ogółu badanych osób), nie była natomiast czynnikiem ryzyka ChUK w przypadku 112 osób (78,87% ogółu badanych).

W każdej z badanych podgrup udziały osób, dla których otyłość stanowiła czynnik ryzyka i dla których nie była takim czynnikiem ryzyka, były porównywalne. Znamienność statystyczna nie wystąpiła (chi kwadrat obliczone dla danych empirycznych wynosi tylko 0,71428, przy chi kwadrat krytycznym równym 7,81473; p>0,05), co przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Otyłość jako czynnik ryzyka.

Specyfikacja	Otyłość		
	Nie jako czynnik ryzyka	Jako czynnik ryzyka	Razem
Dane empiryczne			
Kobiety w wieku do 45 lat	62	16	78
Kobiety w wieku ponad 45 lat	7	1	8
Mężczyźni w wieku do 45 lat	16	4	20
Mężczyźni w wieku ponad 45 lat	27	9	36
Razem	**112**	**30**	**142**
Oczekiwane wartości			
Kobiety w wieku do 45 lat	62	16	78
Kobiety w wieku ponad 45 lat	6	2	8
Mężczyźni w wieku do 45 lat	16	4	20
Mężczyźni w wieku ponad 45 lat	28	8	36
Razem	**112**	**30**	**142**
Obliczenia *chi-kwadrat*			
Kobiety w wieku do 45 lat	0,00373	0,01392	0,01764
Kobiety w wieku ponad 45 lat	0,07548	0,28181	0,35729
Mężczyźni w wieku do 45 lat	0,00322	0,01202	0,01524
Mężczyźni w wieku ponad 45 lat	0,06847	0,25563	0,32411
Razem	**0,15090**	**0,56338**	**0,71428**
Wartość *krytyczna chi-kwadrat*	7,81473 p>0,05		

Źródło: opracowanie własne.

Również otyłość brzuszna w całej badanej grupie nie stanowi czynnika ryzyka u 101 osób (71,13% ogółu badanych), natomiast jest czynnikiem ryzyka w przypadku 41 pozostałych osób (28,87%). Znamienność statystyczna nie wystąpiła (chi kwadrat obliczone dla danych empirycznych wynosi tylko 3,72384, przy chi kwadrat krytycznym równym 7,81473; p>0,05). Jak wynika z otrzymanych wyników, w przypadku grup osób, które ze względu na wiek nie należą do grup ryzyka, u kobiet częściej aniżeli u mężczyzn występuje otyłość brzuszna:, co trzecia kobieta w wieku do 55 lat ma otyłość brzuszną, wśród mężczyzn w wieku do 45 lat - tylko, co szósty lub siódmy.

W grupach osób, które ze względu na wiek należą do grup ryzyka, sytuacja przedstawia się odwrotnie: tylko, co ósma kobieta w wieku powyżej 45 lat i prawie, co trzeci mężczyzna w wieku powyżej 45 lat cierpi na otyłość brzuszną. Uzyskane wyniki, aczkolwiek dość zróżnicowane, nie wykazały znamienności statystycznej.

Mała aktywność fizyczna ogółem w całej badanej grupie również nie stanowi czynnika ryzyka ChUK tylko u 24 osób (16,90% ogółu badanych), jest natomiast takim czynnikiem u 118 osób (83,10%). Uzyskane wyniki nie wykazały znamienności statystycznej, co oznacza, że niezależnie od tego, czy dana osoba ze względu na wiek znajduje się w grupie ryzyka ChUK czy nie, czynnikiem ryzyka jest dla niej w dużym stopniu mała aktywność fizyczna. I tak, w przypadku kobiet w wieku do 45 lat aż 83,33% osób prowadzi małą aktywność fizyczną, w przypadku kobiet w wieku powyżej 45 lat - wszystkie, w przypadku mężczyzn w wieku do 45 lat mało aktywny tryb życia prowadzi 85% osób, a w przypadku mężczyzn w wieku powyżej 45 lat -77,78%.

W przypadku 136 osób (95,77% ogółu badanych) cukrzyca nie jest czynnikiem ryzyka, tylko w przypadku 6 osób jest (4,23%). U mężczyzn cukrzyca jest istotnie mniejszym czynnikiem ryzyka aniżeli w przypadku kobiet: podwyższonej ponad 125 mg/dl glikemii na czczo nie stwierdzono ani u jednego mężczyzny w wieku do 45 lat, a w wieku powyżej 45 lat na cukrzycę cierpi tylko, co dziewiąta osoba. W przypadku kobiet w wieku do 45 lat cukrzycę stwierdzono u jednej osoby, natomiast w grupie kobiet w wieku powyżej 45 lat – u co ósmej osoby. Uzyskane wyniki wykazały znamienność statystyczną (chi kwadrat obliczone dla danych empirycznych wynosi tylko 4,21786, przy chi kwadrat krytycznym równym 8,12352; $p<0,05$).

Do istotnych czynników ryzyka chorób układu krążenia należy też palenie papierosów. Z otrzymanych wyników badań wynika, że wśród respondentów aktualnie pali papierosy 14 kobiet z grupy wiekowej poniżej 55 lat; okres palenia waha się od 3 do 32 lat, przy czym kobiety te wypalają średnio 12 papierosów dziennie. W grupie kobiet ze względu na wiek zaliczonych do grupy ryzyka (powyżej 45 lat) aktualnie palą 4 osoby; okres palenia wynosi od 20 do 30 lat, a średnia liczba wypalanych dziennie papierosów jest równa 12,5. W grupie mężczyzn, którzy ze względu na wiek nie zostali zaliczeni do grupy ryzyka (do 45 lat) aktualnie palą papierosy 4 osoby; okres palenia wynosi od 20 do 22 lat, średnia liczba wypalanych dziennie papierosów wynosi 17,5. W grupie mężczyzn zaliczonych ze względu na wiek do grupy ryzyka aktualnie pali 14 osób; czas palenia waha się od 12 do 40 lat, średnia liczba wypalanych dziennie papierosów jest równa 17,6. Ogółem w badanej grupie papierosy pali 36 osób (tj. co czwarta ankietowana osoba). Uzyskane wyniki wykazały znamienność statystyczną (chi kwadrat obliczone dla danych empirycznych wynosi tylko 3,48579,przy chi kwadrat krytycznym równym 8,61569; $p<0,05$). W grupach osób nie zaliczonych ze względu na wiek do grup ryzyka udział osób niepalących jest około czterokrotnie wyższy niż udział osób aktualnie palących. W grupach osób, które ze względu na wiek zostały zaliczone do grup ryzyka, udziały te - w przypadku kobiet - wyrównały się (po 50% kobiet palących aktualnie oraz kobiet nie palących); w przypadku mężczyzn natomiast nie pali aktualnie 38,89%, pali zaś - 61,11%.

Wszystkie osoby, które aktualnie palą papierosy, paliły je również w przeszłości. Jedynie jeden z mężczyzn przyznał, że w przeszłości nie palił, a zaczął palić papierosy w wieku 25 lat (obecnie ma 45 lat, a więc 20-letni okres palenia). Osoby, które w przeszłości nie paliły papierosów, nie palą ich również obecnie. Można więc, uznać, że nałóg palenia papierosów rozpoczyna się stosunkowo wcześnie i zazwyczaj trwa przez całe dalsze życie (w każdym razie jest to prawdą w przypadku badanej grupy osób).

Wszystkie badane osoby, za wyjątkiem jednej, mają przeprowadzane badania według programu SCORE zgodnie z ustalonym interwałem. Spośród nich 138 osób zostało skierowanych na edukację, a tylko 4 osoby nie zostały takiej edukacji poddane; w badaniu nie wyjaśniono, co było przyczyną nie kierowania tych czterech osób na edukację w zakresie chorób układu krążenia.

Tylko 8 osób (5,63% ogółu badanych) zostało skierowane na dalszą diagnostykę oraz leczenie w poradni specjalistycznej. Było to sześciu mężczyzn, przy czym pięciu z nich ze względu na wiek znajdowało się w grupie ryzyka (wiek powyżej 45 lat), jeden natomiast nie należał do grupy ryzyka ze względu na wiek (liczył 40 lat). Na leczenie w poradni specjalistycznej skierowano również dwie kobiety, z których obie ze względu na wiek nie były zaliczane do grupy ryzyka chorób układu krążenia.

Dyskusja

Metoda badania SCORE staje się coraz bardziej popularna w naszym kraju. Pozwala bowiem, na diagnozę ryzyka chorób układu krążenia – poprzez analizę zagrożeń wywołujących ją czynników – o wiele wcześniej, nim pojawi się sama choroba. Chodzi przede wszystkim o takie czynniki, które są zależne od człowieka, tj. głównie styl życia (niewłaściwa dieta, używki, brak aktywności fizycznej itp.).

W pracy Ł. Wieruckiego i wsp. [6] przedstawiono wyniki zrealizowanego w latach 2000-2002 programu badań ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia w wybranych 400 miejscowościach Polski. Celem programu było obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu ChUK w naszym kraju. Realizatorzy badania wskazali, że cel ten może być osiągnięty poprzez „poprawę wykrywania i skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych i cukrzycy oraz zmniejszenie odsetka osób palących tytoń w środowiskach małych miast i wsi, szczególnie wśród mężczyzn oraz osób z niższym wykształceniem" [6]. Program zawierał następujące komponenty: interwencja społeczna, interwencja medyczna, budowa infrastruktury dla promocji zdrowia, interwencja antytytoniowa, edukacja dzieci w wieku szkolnym, szkolenie personelu medycznego, edukacja pacjentów. Łącznie przebadano 5171 osób. Wyniki badań nie okazały się zadowalające. Jak stwierdzają autorzy [7], „związane jest to z dużym rozpowszechnieniem czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, niedostateczną ich wykrywalnością i skutecznością leczenia oraz niską świadomością zdrowotną społeczeństwa". Wskazano głównie na wysokie stężenie cholesterolu, nadwagę oraz otyłość, nieprawidłowe stężenie glukozy na czczo.

Wyniki przedstawione w [7] są dość zbieżne z wynikami badań własnych, z których również wynika dość duże rozpowszechnienie czynników ryzyka chorób układu krążenia. Należy przy tym zauważyć, że u wielu osób działa nie pojedynczy czynnik ryzyka, lecz cały ich zespół; znalazło to wyraz w liczbie tematów zajęć edukacyjnych, które tym badanym osobom były oferowane.

W pracy B. Gryglewskiej i wsp. [8] przedstawiono wyniki badań z 2006 roku przeprowadzonych w 2991 ośrodkach lecznictwa otwartego na terenie całego kraju. Badaniu poddawano osoby z nadciśnieniem tętniczym, które w okresie ostatnich 12 miesięcy nie było u nich kontrolowane. Badanie [8] wykazało istotne różnice wyników w porównaniu z innymi badaniami, co mogło jednak wynikać z niewłaściwego procesu leczenia osób z nadciśnieniem tętniczym (bez korzystania ze standardowych programów, jak np. SCORE, które pozwoliłyby na kompleksową diagnostykę czynników ryzyka chorób układu krążenia). Autorzy [8] wskazują, że niewłaściwie postawiona diagnoza może skutkować niedostateczną intensywnością leczenia i w konsekwencji jego nieskutecznością.

W artykule B. Wożakowskiej-Kapłon i wsp. [9] przedstawiono szczegółowo metodykę stosowania algorytmu SCORE. Metodyka ta była zastosowana w badaniach własnych.

W pracy W. Mojsy [9] przedstawiono wyniki badań przeprowadzonych za pomocą algorytmu SCORE w województwie podlaskim na grupie 439 pacjentów w wieku 35–55 lat. Jako wielkość graniczną przyjęto 5% (z algorytmu SCORE). Uzyskane przez autorkę [9] wyniki są dość zbieżne z wynikami badań własnych. W obu pracach stwierdzono, że w przypadku mężczyzn czynniki ryzyka chorób układu krążenia są silniej wyrażone, niż w przypadku kobiet.

W pracy W. Modrzejewskiego i W.J. Musiała [10] wskazano, że w ocenie zagrożenia osoby zdrowej chorobą układu krążenia należy kierować się oszacowaniem globalnego ryzyka obejmującego wszystkie rozpoznane czynniki ryzyka u danej osoby. Jak stwierdzają autorzy, „w ramach prewencji pierwotnej należy przede wszystkim dążyć do zmiany stylu życia i w razie potrzeby zastosować leczenie farmakologiczne". Natomiast w ramach prewencji wtórnej, u osób już chorujących, należy „nie tylko wyeliminować lub modyfikować konwencjonalne czynniki ryzyka, ale także często wdrożyć agresywną farmakoterapię tych czynników".

W badaniach własnych problematyka prewencji wtórnej nie stanowiła przedmiotu badań, a jedynie prewencja pierwotna, to jest zmiana stylu życia, co w sposób istotny może wpłynąć na częściową, chociaż eliminację czynników ryzyka chorób układu krążenia. Wspólne w obu pracach było podkreślenie tego, że badać należy nie tylko jeden, wybrany, czynnik ryzyka, lecz cały ich kompleks, gdyż dopiero takie ujęcia daje możliwość podjęcia skutecznych działań w celu zapobiegania chorobom układu krążenia. Jak się wydaje, algorytm SCORE stanowi bardzo dobre narzędzie diagnostyczne do określania czynników ryzyka u każdej osoby. Daje on bowiem kompleksową informację (jedna liczba) o tym, jakie jest prawdopodobieństwo wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego (i zgonu z tego powodu) w okresie najbliższych dziesięciu lat. Algorytm ten – poprzez jego dokładną analizę – może również pomóc w wyborze tych działań profilaktycznych, które będą najlepiej dopasowane do indywidualnej osoby.

Wnioski

Program profilaktyczny realizowany w POZ spełnia swoją rolę skriningową pozwalając na wczesną identyfikację osób zagrożonych chorobą, wykrywając ich czynniki ryzyka i obejmując profilaktyką pierwotną.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Konieczne jest dalsze prowadzenie działań zmierzających do wykrywania czynników ChUK. Zachodzi konieczność aktywnego poszukiwania form skutecznej profilaktyki oraz zwiększenia udziału w działaniach prewencyjnych osób z przedziału wiekowego 35-55 lat, kobiet i mężczyzn.

Bibliografia/Bibliography:

1. Jóźwiak P., Szmagaj A. Charakterystyka zachowań zdrowotnych mężczyzn po 50 roku życia w Poznaniu w odniesieniu do czynników ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych. Przegląd Lekarski. 2012; 69(10):935.

2. Żebrowska A., Hryniewiecki T. Profilaktyka pierwotna i wtórna w chorobach układu krążenia. Nowa Klinika. 2009;16(3–4):312.

3. Jóźwiak J. Ocena wybranych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego w ogólnopolskiej 5-letniej prospektywnej obserwacji kohorty pacjentów POZ. Badanie LIPIDOGRAM 5 lat. Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, 2013; 5.

4. Pająk A. Stan profilaktyki kardiologicznej w Europie – wyniki badania EUOASPIRE – komentarz. Medycyna po Dyplomie. 2009;18(8):18.

5. Podolec P., Kopeć G. Jak powstają wytyczne Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia? Lekarz Rodzinny. 2011;16(9):814.

6. Wierucki Ł., Zdrojewski t., Mogilnaya I. Polski Projekt 400 Miast – wyniki badań pilotażowych. Nadciśnienie Tętnicze. 2004; 8(5): 307–318.

7. Gryglewski B., Sulicka J., Fornal M., Wizner B., Wilkins A., Grodzicki T. Ryzyko sercowo-naczyniowe chorych z niekontrolowanym nadciśnieniem tętniczym i jego ocena w lecznictwie otwartym w Polsce. Wyniki ogólnopolskiego programu RAPORT NT. Nadciśnienie Tętnicze. 2007;11(3):187–194.

8. Mojsa W. Analiza programu SCORE realizowanego w podstawowej opiece zdrowotnej w województwie podlaskim. Problemy Pielęgniarstwa. 2009;17(1):13–17.

9. Wożakowska-Kapłon B., Barylski M., Salwa P., Filipiak K.J., Siebert J. Zalecenia postępowania w dyslipidemii – propozycje algorytmu dla lekarzy rodzinnych. TULI/003/01-2013. URL: www.fmr.viamedica.pl (dostęp 12.05.2015 r.).

10. Modrzejewski W., Musiał W.J. Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego – jak zahamować epidemię miażdżycy? Część I. Klasyczne czynniki ryzyka. Forum Zaburzeń Metabolicznych. 2010; 1(2):106–114.

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 1(1)/2016
ISSN: 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.003

Magdalena Sałata[1], Leokadia Rezmerska[2]

[1] Wojewódzki Szpital Zespolony im. Marcina Kacprzaka w Płocku
[2] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Instytut Nauk o Zdrowiu

Wybrane aspekty przygotowania do samoopieki w zakresie dietoterapii pacjentów z cukrzycą typu 2

Selected aspects of preparing for self-care in the field of diet therapy in patients with type 2 diabetes

Streszczenie
Wstęp. Obecnie cukrzyca uznawana jest za jedną z najbardziej rozpowszechnioną chorób przewlekłych w Polsce i na świecie. Dieta stosowana przez chorych w cukrzycy wspomaga kontrolę prawidłowego poziomu cukru we krwi i stanowi bardzo ważny element leczenia. Sprzyja także redukcji nadwagi, otyłości i minimalizuje ryzyko powikłań cukrzycy.
Cel. Celem przeprowadzonych badań w niniejszej pracy była analiza wybranych aspektów zachowań w zakresie dietoterapii pacjentów w przebiegu cukrzycy typu 2 w dążeniu do przygotowania do samoopieki.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów z rozpoznaną cukrzycą typu 2 z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego, w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety.
Wyniki. Pacjenci najczęściej określali swój zasób wiedzy na temat diety w cukrzycy jako przeciętny. Takiej oceny dokonywali częściej mężczyźni niż kobiety. Brak dostatecznej wiedzy w tym zakresie prezentowali najczęściej respondenci z najstarszych grup wiekowych. Respondenci w większości przestrzegali wytycznych dotyczących diety, które otrzymali od członków zespołu terapeutycznego.
Wnioski. Niezależnie od płci i wieku pacjenci w przebiegu cukrzycy typu 2 określali najczęściej swój zasób wiedzy na temat diety cukrzycowej jako przeciętny. Deklarowali także przestrzeganie zaleceń dietetycznych, które otrzymali od członków zespołu terapeutycznego. Płeć i wiek nie determinowały istotnie zasobu wiedzy i prezentowanych zachowań pacjentów dotyczących żywienia w cukrzycy typu 2.

Abstract
Introduction. Currently, diabetes is considered to be one of the most common chronic diseases in Poland and in the world. The diet applied by patients with diabetes helps to control the proper level of sugar in

the blood and is a very important part of the treatment. It also helps reduce overweight, obesity and minimizes the risk of diabetes complications.
Aim. The aim of the research in this study was to analyze selected aspects of behavior in terms of diet therapy in patients with type 2 diabetes in an effort to prepare for self-care.
Material and methods. The study was carried out among 100 patients with type 2 diabetes using the method of diagnostic survey, based on the original questionnaire.
Results. Patients mostly describe their knowledge on the diet in diabetes as an average. Such an assessment was performed more commonly by male than by female respondents. Lack of sufficient knowledge in this matter was typical for most respondents in the oldest age groups. Respondents in most cases followed dietary guidelines received from the members of the therapeutic team.
Conclusions. Regardless of gender and age the patients in the course of type 2 diabetes most commonly specified their knowledge about diabetic diet as an average. They declared their following dietary recommendations they received from members of the therapeutic team. Gender and age did not significantly determine the scope of knowledge and behavior of patients regardingthe diet in type 2 diabetes.

Słowa kluczowe: samoopieka, dietoterapia, cukrzyca

Keywords: self-care , diet therapy , diabetes

Wstęp

Współcześnie cukrzyca jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą przewlekłą, z którą zmagają się pacjenci w Polsce i na całym świecie. Wiąże się ona z brakiem lub niewłaściwym wykorzystywaniem przez organizm insuliny - hormonu potrzebnego do przekształcania pokarmu w energię niezbędną do funkcjonowania człowieka. Wieloczynnikowe uwarunkowania choroby, jej typ, czas trwania, wiek chorego i jego kondycja psychiczna i fizyczna istotnie kształtują przebieg terapii [1,2].

Cukrzyca typu 2 dotyczy dorosłych pacjentów, szczególnie zaś osób starszym wieku, dotkniętych nadwagą i otyłością, które preferują małą aktywność ruchową. Termin ten odnosi się do osób z insulinoopornością oraz z początkowo kompensacyjnym nadmiarem insuliny, który w późniejszej fazie przekształca się w niedobór insuliny.

Leczenie żywieniowe jest ważne zarówno w świeżo rozpoznanej cukrzycy, jak i w czasie wieloletniego leczenia. Taka terapia może być stosowana w przypadku leczenia łagodnych zaburzeń gospodarki węglowodanowej lub jako leczenie uzupełniające. Postępowanie dietetyczne zależy od stopnia zaawansowania cukrzycy, stanu klinicznego pacjenta, powikłań choroby i wartości glikemii. Dieta w cukrzycy nie powinna być oparta tylko na zaleceniach dietetycznych; musi uwzględniać także styl życia pacjenta, jego uwarunkowania kulturowe oraz aktualne leczenie. Należy też brać pod uwagę także to, że pacjent ma możliwość decydowania o jakości i ilości spożywanych posiłków [3,4].

U osób starszych zmniejszeniu ulega podstawowa przemiana materii, co powoduje obniżenie aktywności ruchowej. Problemy z trawieniem i wchłanianiem mogą powodować niedobór białka, zmniejszone zapotrzebowanie na tłuszcz, zmniejszone wydzielanie laktozy i dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego mogą doprowadzić do niedoboru wapnia. U osób starszych

występuje również niedobór magnezu, miedzi i potasu. Wśród tych osób pojawia się także niedobór witaminy B_6 i B_{12} [4, 5].

Celem leczenia dietetycznego u chorych na cukrzycę jest: uzyskanie i utrzymanie optymalnego stanu metabolicznego; zapobieganie występowaniu i leczenie już istniejących przewlekłych powikłań cukrzycy; poprawa stanu zdrowia przez odpowiednią i indywidualnie ułożoną dietę uwzględniającą typ cukrzycy, grupę wiekową oraz stosowaną farmakoterapię. Jeśli celem leczenia cukrzycy jest również zmniejszenie masy ciała, wówczas należy zmniejszyć wartość energetyczną diety oraz zwiększyć aktywność fizyczną. Umiarkowanie ujemny bilans kaloryczny rzędu 500-1000 kcal/dobę sprzyja redukcji masy ciała. Dieta redukująca powinna dostarczać organizmowi minimum 1000-1200 kcal/dobę w przypadku kobiet i 1200-1600 kcal/dobę w przypadku mężczyzn [3,6].

Dieta w cukrzycy oparta jest na zasadach zdrowego odżywiania. Poza unikaniem węglowodanów prostych nie wprowadza się innych ograniczeń dietetycznych. Mimo to powinno się unikać potraw o wysokim indeksie glikemicznym, które powodują znaczny wzrost glikemii poposiłkowej [3,7,8].

Podstawowe zasady diety cukrzycowej są następujące:

- ponad połowa całkowitej dziennej liczby spożytych kalorii powinna pochodzić z węglowodanów złożonych takich jak skrobia; węglowodany proste i szybko wchłaniające się, które zawierają dużo sacharozy, dekstryn, maltozy, laktozy; cukry proste należy zastępować węglowodanami złożonymi;
- ilość białka powinna wynosić 0,8-1,0 g/kg należnej masy ciała, u starszych osób należy podawać do 1,2 g/kg należnej masy ciała; podobną ilość należy podawać kobietom w ciąży i laktacji; u chorych na cukrzycę utajoną, wczesno-jawną ilość białka należy zmniejszyć do 0,8 g/kg masy ciała;
- ilość tłuszczu należy ograniczyć, w szczególności tłuszcze zwierzęce; zwiększa się spożycie tłuszczów jednonienasyconych do około 13-15% całkowitej energii diety; dobowa ilość cholesterolu nie powinna przekraczać 300 mg;
- spożycie witamin i soli mineralnych powinno być takie same jak u osób zdrowych [9,10,11].

W prowadzeniu intensywnego leczenia pomocne jest stosowanie wymienników węglowodanowych. Posługiwanie się wymiennikami ułatwia urozmaicenie diety przez wprowadzenie różnych produktów, przy jednoczesnym utrzymaniu poziomu zawartości węglowodanów w poszczególnych posiłkach [12,13,14].

Celem pracy jest analiza wybranych aspektów zachowań w zakresie dietoterapii pacjentów w przebiegu cukrzycy typu 2 w dążeniu do przygotowania do samoopieki.

Materiał i metody

Metodą badań był sondaż diagnostyczny a techniką ankietowanie. W niniejszej pracy jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Zawierał on metryczkę oraz pytania dotyczące stanu zdrowia pacjenta, jego zasobu wiedzy o cukrzycy typu 2, w tym znajomości zasad dietoterapii.

Badania przeprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku wśród pacjentów oddziału chorób wewnętrznych. Miały one charakter anonimowy i dobrowolny. Na ich przepro-

wadzenie uzyskano zgodę pacjentów, Komisji Bioetycznej oraz dyrekcji. Badani zostali poinformowani o celu badań, ich anonimowości, dobrowolnym, bezpłatnym charakterze. Pacjenci pobierali kwestionariusz z ogólnodostępnego miejsca w oddziale przy dyżurce pielęgniarskiej i samodzielnie wypełniali ankietę. Wszystkie wypełnione kwestionariusze składane były do oddzielnej urny we wskazanym miejscu.

Charakterystykę badanej grupy przedstawia tabela 1.

Tabela1. Charakterystyka badanej grupy.

		n	%
Płeć	Kobieta	50	50%
	Mężczyzna	50	50%
Wiek	40-50 lat	23	23%
	51-60 lat	22	22%
	61-70 lat	23	23%
	71-80 lat	22	22%
	powyżej 81 roku życia	10	10%
Miejsce zamieszkania	Miasto	50	50%
	Wieś	50	50%
Wykształcenie	Podstawowe	33	33%
	Zawodowe	27	27%
	Średnie	24	24%
	Wyższe	16	16%

W badaniu wzięło udział 100 osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2, w tym 50 kobiet i 50 mężczyzn, w wieku od 40 roku życia do ≥ 81 lat. Najmniej liczną grupą byli badani powyżej 81 roku życia (10 osób – 10%). Połowa respondentów mieszkała w mieście a połowa wywodziła się ze wsi (odpowiednio po 50 osób – po 50%). Największa grupa badanych legitymowała się wykształceniem podstawowym (33 osoby—33%) a najmniejsza – wykszatłceniem wyższym (16 osób – 16%). Wykształcenie średnie posiadało 24% pacjentów (24 osoby) a zawodowe 27% chorych (27 osób).

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego SPSS Statistica 21,0. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej testem jednorodności χ^2. Wartość prawdopodobieństwa $p<0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Wyniki

W tabeli 2 zaprezentowano samoocenę wiedzy pacjentów na temat żywienia w przebiegu cukrzycy w zależności od ich płci.

Tabela 2. Wiedza badanych na temat diety cukrzycowej w zależności od ich płci.

			Jak ocenia Pan/i swój stan wiedzy dotyczącej diety cukrzycowej?				Ogółem
			bardzo dobrze	przeciętnie	wymagający uzupełnienia	nie posiadam dostatecznej wiedzy	
Płeć	Kobieta	n	12	25	6	7	50
		%	24,0%	50,0%	12,0%	14,0%	100,0%
	Mężczyzna	n	1	36	13	0	50
		%	2,0%	72,0%	26,0%	0,0%	100,0%
Ogółem		n	13	61	19	7	100
		%	13,0%	61,0%	19,0%	7,0%	100,0%

	Wartość	df	p
Chi-kwadrat Pearsona	20,870	3	0,000
Iloraz wiarygodności	25,310	3	0,000
Test związku liniowego	0,283	1	0,595
N Ważnych obserwacji	100		

Z tabeli 2 wynika, że w toku analizy statystycznej wykazano istotną zależność pomiędzy płcią respondentów a ich samooceną wiedzy w zakresie diety cukrzycowej. Niezależnie od płci pacjenci najczęściej określają powyższy zasób wiedzy jako przeciętny (61% – 61 osób). Takiej oceny dokonują częściej mężczyźni (72% - 36 osób), w porównaniu do kobiet (50% osób). Z kolei na poziomie bardzo dobrym określają zasób swojej wiedzy częściej kobiety (24% – 12 osób) niż mężczyźni (2% – 1 osoba). Żaden z mężczyzn nie wskazał, że nie posiada dostatecznej wiedzy na temat diety cukrzycowej.

W tabeli 3 przedstawiono wiedzę pacjentów na temat diety cukrzycowej w zależności od ich wieku.

Tab. 3. Wiedza badanych na temat diety cukrzycowej w zależności od ich wieku.

			Jak ocenia Pan/i swój stan wiedzy dotyczącej diety cukrzycowej?				Ogółem
			bardzo dobrze	przeciętnie	wymagający uzupełnienia	nie posiadam dostatecznej wiedzy	
Wiek	40-50 lat	n	4	15	4	0	23
		%	17,4%	65,2%	17,4%	0,0%	100,0%
	51-60 lat	n	0	13	7	2	22
		%	0,0%	59,1%	31,8%	9,1%	100,0%
	61-70 lat	n	3	14	5	1	23
		%	13,0%	60,9%	21,7%	4,3%	100,0%
	71-80 lat	N	3	13	3	3	22
		%	13,6%	59,1%	13,6%	13,6%	100,0%
	powyżej 81 roku życia	n	3	6	0	1	10
		%	30,0%	60,0%	0,0%	10,0%	100,0%
Ogółem		n	13	61	19	7	100
		%	13,0%	61,0%	19,0%	7,0%	100,0%

	Wartość	df	P
Chi-kwadrat Pearsona	13,275	12	0,349
Iloraz wiarygodności	18,421	12	0,103
Test związku liniowego	0,034	1	0,854
N Ważnych obserwacji	100		

Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w samoocenie wiedzy respondentów w zakresie diety w cukrzycy w zależności od wieku. Jednak niezależnie od kategorii wiekowej chorzy dokonywali powyższej oceny najczęściej na poziomie średnim (61% – 61 osób). Brak dostatecznej wiedzy w tym zakresie prezentowali najczęściej respondenci z najstarszych grup wiekowych: 71 – 80 lat oraz powyżej 81 lat. Z kolei potrzebę uzupełnienia swoich wiadomości wskazywali najczęściej pacjenci w wieku 51 - 60 lat (31,8% – 7 osób).

Tabela 4 prezentuje opinie badanych w zależności od ich płci na temat przestrzegania zaleceń dietetycznych przekazywanych przez członków zespołu terapeutycznego.

Tabela 4. Przestrzeganie zaleceń żywieniowych przez badanych w zależności od ich płci.

			Czy przestrzega Pan/i zaleceń żywieniowych przekazywanych Panu/Pani podczas spotkań z dietetykiem, lekarzem, pielęgniarką?				Ogółem
			Całkowicie stosuję się do zaleceń	Stosuję się większości zaleceń	Stosuję tylko wybrane zalecenia	Nie stosuję się do zaleceń	
Płeć	Kobieta	n	30	11	7	2	50
		%	60,0%	22,0%	14,0%	4,0%	100,0%
	Mężczyzna	n	30	16	3	1	50
		%	60,0%	32,0%	6,0%	2,0%	100,0%
Ogółem		n	60	27	10	3	100
		%	60,0%	27,0%	10,0%	3,0%	100,0%

	Wartość	df	P
Chi-kwadrat Pearsona	2,859	3	0,414
Iloraz wiarygodności	2,917	3	0,405
Test związku liniowego	0,569	1	0,451
N Ważnych obserwacji	100		

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią respondentów a stosowaniem się przez nich do otrzymywanych wskazówek na temat diety. Zdecydowana większość badanych niezależnie od płci wskazuje, że całkowicie przestrzega wspomnianych zaleceń (60% – 60 osób) lub w większości je stosuje (27% – 27 osób). Stosowanie większości takich zaleceń częściej deklarują mężczyźni (32% - 16 osób), w porównaniu do kobiet (22% – 11 osób). Tylko 1 mężczyzna (2%) oraz 2 kobiety (4%) wskazali, że nie przestrzegają wytycznych dotyczących diety przekazanych przez członków zespołu terapeutycznego.

W tabeli 5 przedstawiono opinie respondentów w zależności od ich wieku, dotyczące stosowania się zaleceń dietetycznych, które otrzymali od dietetyka, lekarza i pielęgniarki.

Tabela 5. Wiek badanych a przestrzeganie zaleceń dietetycznych.

			Czy przestrzega Pan/i zaleceń żywieniowych przekazywanych Pani/Panu podczas spotkań z dietetykiem, lekarzem, pielęgniarką?				Ogółem
			całkowicie stosuje się do zaleceń	stosuje się większości zaleceń	stosuję tylko wybrane zalecenia	nie stosuje się do zaleceń	
Wiek	40-50 lat	n	13	6	3	1	23
		%	56,5%	26,1%	13,0%	4,3%	100,0%
	51-60 lat	n	15	6	1	0	22

		%	68,2%	27,3%	4,5%	0,0%	100,0%
	61-70 lat	n	13	7	2	1	23
		%	56,5%	30,4%	8,7%	4,3%	100,0%
	71-80 lat	n	12	6	3	1	22
		%	54,5%	27,3%	13,6%	4,5%	100,0%
	powyżej 81 roku życia	n	7	2	1	0	10
		%	70,0%	20,0%	10,0%	0,0%	100,0%
Ogółem		n	60	27	10	3	100
		%	60,0%	27,0%	10,0%	3,0%	100,0%

	Wartość	df	P
Chi-kwadrat Pearsona	3,516	12	0,991
Iloraz wiarygodności	4,539	12	0,972
Test związku liniowego	0,002	1	0,966
N Ważnych obserwacji	100		

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych a ich samooceną dokonaną w zakresie przestrzegania zaleceń żywieniowych, przekazywanych podczas spotkań z zespołem terapeutycznym. Niezależnie o wieku zdecydowana większość badanych stosuje się całkowicie do takich wskazówek (60% – 60 osób) lub w większości je wykorzystuje (27% – 27 osób). Nie stosuje się do takich zaleceń tylko 3 respondentów (3%).

Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w zakresie zasobu wiedzy i prezentowanych zachowań pacjentów dotyczących żywienia w cukrzycy typu 2 w zależności od ich płci i wieku. Niezależnie od kategorii wiekowej większość badanych (54%) wskazała, że nie podjada między posiłkami. Podobne zachowania prezentowało 56% kobiet oraz 52% mężczyzn. Konieczność spożywania pięciu posiłków w ciągu doby wskazywała zdecydowana większość respondentów niezależnie od wieku i płci (odpowiednio po 84,8% respondentów). Badani najczęściej podkreślali konieczność uwzględniania w diecie roślin strączkowych i makaronu.

Dyskusja

Jednym z istotnych elementów edukacji terapeutycznej realizowanej w odniesieniu do chorych w przebiegu cukrzycy jest wdrożenie do zasad żywienia w przebiegu choroby. Skuteczność oddziaływań edukacyjnych to efekt systematycznych działań interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, w którego skład powinien wchodzić m.in. lekarz, pielęgniarka, dietetyk a także psycholog. Zakres wiedzy o chorobie jaką dysponuje pacjent warunkuje bowiem jego zaangażowanie w proces terapii. Niedostatki w tym zakresie mogą sprzyjać prezentowaniu biernej postawy wobec leczenia a tym samym jego niską efektywność. Brak dostatecznych umiejętności w zakresie samoopieki w przebiegu choroby prowadzi do pogorszenia jakości życia pacjenta [15].

Analiza zaprezentowanych wyników badań wskazuje na to, że pacjenci w przebiegu cukrzycy najczęściej deklarowali stosunkowo wysoki zasób wiedzy i zachowań w zakresie dietoterapii.

Wyniki badań przeprowadzonych wśród pacjentów z Miejskiego Ośrodka Diabetologicznego w Białymstoku wskazują, że 91% badanych potwierdziło, że edukacja pozytywnie wpływa na samopoczucie chorych, a także zwiększa motywację do leczenia. Ponad połowa respondentów (57%) określiła swoje przygotowanie do samoopieki w cukrzycy jako dobre, 5% jako doskonałe a 2% pacjentów stwierdziło, że jest przygotowanych niedostatecznie. W przeprowadzonych

badaniach aż 79,5% ankietowanych prawidłowo zakreśliło produkty podnoszące glikemię. Znajomością pojęcia „wymiennik węglowodanowy" wykazało się jednak tylko 12% ankietowanych, natomiast o zawartości wymienników węglowodanowych w danym posiłku nie posiadało wiedzy aż 83% badanych [16].

Poziom wiedzy chorych na cukrzycę na temat diety bywa zatem zróżnicowany: wystarczające wiadomości w tym zakresie posiada 20% osób w badaniach Tatonia i aż 70% w doniesieniu Pieniążka [17,18].

W badaniach przeprowadzonych przez Bocian i współautorów wśród osób chorujących na cukrzycę także wykazano, że większość badanych respondentów posiadało wiedzę na temat zdrowego żywienia w cukrzycy. Najwięcej osób spośród badanych uważało, że na wyrównanie cukrzycy ma ogromny wpływ odpowiednia dieta i aktywność ruchowa. Pacjenci wykazali, że w żywieniu chorych na cukrzycę konieczna jest rezygnacja z cukrów prostych, tłuszczów, redukcja spożycia owoców a zwiększenie w diecie ilości warzyw, cukrów złożonych [19].

Wiedza na temat cukrzycy może zatem zwiększać motywację chorych do przestrzegania zaleceń zespołu edukacyjno-terapeutycznego. Jednak sama wiedza teoretyczna nie daje pożądanych rezultatów bez praktycznego zastosowania jej aspektów.

Wnioski

Analizując uzyskane wyniki badań ustalono następujące wnioski.

1. Niezależnie od płci i wieku pacjenci w przebiegu cukrzycy typu 2 określali najczęściej swój zasób wiedzy na temat diety cukrzycowej jako przeciętny.
2. Niezależnie od płci i wieku pacjenci w przebiegu cukrzycy typu 2 najczęściej deklarowali przestrzeganie zaleceń dietetycznych, które otrzymali od członków zespołu terapeutycznego.
3. Płeć i wiek nie determinowały istotnie zasobu wiedzy i prezentowanych zachowań pacjentów dotyczących żywienia w cukrzycy typu 2.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Zalecenia w zakresie żywienia stanowią istotny element działań z zakresu edukacji zdrowotnej i przygotowania pacjentów z cukrzycą typu 2 do samoopieki. Pielęgniarka uczestnicząc w edukacji terapeutycznej chorych poza wspieraniem, motywowaniem pacjentów do przestrzegania wytycznych w zakresie diety, powinna dążyć do weryfikowania ich rzeczywistych zachowań zdrowotnych w tym zakresie.

Bibliografia/Bibliography:

1. Corazza V., Daimler R., Ernst A., Federspiel K., Herbst V., Langbein K. Hans-Peter., Weiss H. Podręczna Encyklopedia Zdrowia. Wyd. ZYSK I S-KA, Poznań 2006.

2. Leszczyńska M. Epidemiologia cukrzycy. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2013;7–8:26–27.

3. Grzymisławski M., Gawęcki Jan. Żywienie człowieka zdrowego i chorego. Tom 2. Wyd. Naukowe PWN. Warszawa 2012.

4. Wysokiński M. Daj nadzieję i wsparcie w jesieni życia. Materiały konferencyjne. Warszawa 2015,149–155.

5. Jarosz M., Rychlik E. Znaczenie wody u osób w wieku starszym i zalecenia dotyczące spożycia płynów. W: Jarosz M.: Żywienie osób w wieku starszym. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011;89-98.

6. Białczak B. Leczenie dietą w cukrzycy. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2012;10:10-11.

7. Olszanecka-Glinianowicz M. Rozsądne żywienie w cukrzycy typu 2. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2013;9:11.

8. Szewczyk A. (red.), Pielęgniarstwo diabetologiczne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2013;19-22, 86-93, 176-188.

9. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (red.), Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Wyd. Czelej, Lublin 2007;156–160.

10. Kowalik A., Wronka L., Sińska B. Żywienie człowieka i metabolizm, Zakład Żywienia Człowieka. Warszawski Uniwersytet Medyczny. BAZA AGRO. 2012;39(1),29–37.

11. Lewińska A., Pytasz U. Zasady żywienia w podeszłym wieku. Aspekty medyczne starzenia się człowieka. Łódzkie Towarzystwo Naukowe. 2008,247–262.

12. Fabian W., Koziarska-Rościszewska M., Szymczyk I. Cukrzyca. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008;12–15, 28–29, 36–40, 47–49, 72–92, 104–110.

13. Olszanecka-Glinianowicz M. Zmiana nawyków żywieniowych - podstawa leczenia. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2013;7–8:28.

14. Tatoń J., Czech A., Bernas M., Diabetologia Kliniczna. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008;77–78, 82–84, 86, 381–385, 389–390, 435–444, 449-450, 500.

15. Kiszczak-Bochyńska E. Edukacja chorego na cukrzycę jako zadanie lekarza rodzinnego, Medycyna Rodzinna. 1999; 2: 31–34.

16. Krystoń-Serafin M., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., Sierakowska M., Popławska E. Ocena wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu 2jako niezbędny element terapii. Diabetologia Praktyczna. 2005; 6, 1:7–14.

17. Pieniążek M.: Wpływ edukacji zdrowotnej na poziom wiedzy pacjentów z cukrzycą, Ann. Acad. Med. Siles. 2000;30:337–342.

18. Tatoń J., Czech A. Edukacja terapeutyczna jako metoda leczenia i ulepszania stylu życia osób z cukrzycą, Diabetologia Polska. 2000;7:55–62.

19. Bocian A., Borowiak E., Matuszewska M.Znaczenie edukacji pacjenta z cukrzycą dla promowania zachowań prozdrowotnych. W: Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J. (red.): Problemyterapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom II. AM w Białymstoku, Białystok 2007; 391–399.

ISSN: 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.004

Maria Borowicz[1], Mariola Rybka[2]
[1] Poradnia Zdrowia Psychicznego przy Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej "Lekarze Rodzinni" w Lipnie
[2] Szpital Lipno Spółka z o.o.

Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z depresją

Selected aspects of quality of life of patients with depression

Streszczenie
Wstęp. Depresja jest jedną najpoważniejszych chorób cywilizacyjnych ostatnich lat. W obrazie klinicznym depresji, dominuje przede wszystkim obniżenie nastroju, odczuwane przez pacjentów jako stan przygnębienia, rezygnacji, smutku. Jakość życia w perspektywie nauk medycznych koncentruje się na zjawiskach zdrowia i choroby. Postęp w medycynie wydłużył czas życia pacjentów z różnymi chorobami, ale nie stał się wystarczającym miernikiem skuteczności leczenia. Poprawa jakości wydłużonego życia jest więc ważnym wyzwaniem dla współczesnej medycyny.
Cel. Celem pracy jest analiza aspektów jakości życia chorych na depresję w zależności od wybranych czynników demograficznych.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród pacjentów poradni zdrowia psychicznego. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. W badaniach wykorzystano skróconą wersję GDS, skalę WHOQOL-Bref a także kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Wyniki poddano analizie statystycznej.
Wyniki. Wśród badanych dominującą grupę stanowiły kobiety oraz osoby w wieku 46 do 70 lat. Większość pacjentów mieszkała na wsi i posiadała współmałżonka. Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim. Wyniki badań wskazują na istotne różnice w ocenie domen jakości życia z uwagi na płeć pacjentów.
Wnioski: Wśród osób z rozpoznaną depresją kobiety istotnie lepiej niż mężczyźni oceniają dziedziny jakości życia. Wiek nie determinuje istotnie oceny jakości życia przez chorych na depresję.

Abstract
Introduction. Depression is one of the most serious diseases of civilization in recent years.The clinical picture of depression, dominated primarily depressed mood, perceived by patients as a state of depression, resignation, sadness. Quality of life in the perspective of medical science focuses on the phenomena

of health and disease. Progress in medicine has extended survival time for patients with various diseases, but there has to be a sufficient measure of efficacy. Improving the quality of life prolongation is therefore an important challenge for modern medicine.
Aim. The aim of the study is to analyze aspects of the quality of life of patients with depression, depending on the selected demographic factors
Material and methods. The study was conducted among patients mental health. The method of diagnostic survey. The study used a shortened version of the GDS, scale WHOQOL-Bref and a questionnaire survey of his own design. The results were statistically analyzed.
Results. Among the respondents, the dominant group were women and people aged 46 to 70 years. Most patients lived in the countryside and had a pouse. The largest group among the respondents were people with secondary education. The results show significant differences in the quality of life assessment domains on sex of patients.
Conclusions. Among those diagnosed with depression significantly more women than men evaluate the areas of quality of life. Age does not determine significant quality of life for patients with depression.

Słowa kluczowe: jakość życia, depresja, pacjent

Keywords: quality of life, depression, the patient

Wstęp

Depresja jest jedną z najpoważniejszych chorób cywilizacyjnych ostatnich lat. W jej obrazie klinicznym, dominuje przede wszystkim obniżenie nastroju, odczuwane przez pacjentów jako stan przygnębienia, rezygnacji, smutku. Chorzy nie są w stanie przeżywać szczęścia, satysfakcji, radości. U cierpiących na depresję następuje również osłabienie tempa procesów psychicznych. Przejawia się ono spowolnieniem myślenia, zaburzeniami pamięci, koncentracji i uwagi oraz problemami z podejmowaniem decyzji. Może pojawić się również spowolnienie ruchów lokomocyjnych, aż do całkowitego zahamowania ruchowego. Zaburzeniom psychomotorycznym towarzyszy uczucie zmęczenia i znużenia, a u niektórych chorych niepokoju ruchowego i pobudzenia [1,2].

Depresja może objawiać się również występowaniem u chorych zaburzeń rytmów biologicznych. Szczególną wagę dla diagnozy i terapii tej choroby mają zaburzenia rytmu snu i czuwania. Ważną cechą depresji jest lęk o zmiennym nasileniu, jak również poczucie zagrożenia. Chorobie towarzyszą także depresyjne zaburzenia myślenia w postaci negatywnej oceny własnej osoby jako bezwartościowej będącej obciążeniem dla bliskich. Niska samoocena wiąże się często z ogromnym poczuciem winy, postrzeganiem otoczenia za nieprzyjazne i niebezpieczne. Przyszłość traktowana jest jako pasmo niekończącego się cierpienia i nieszczęść co wywołuje poczucie beznadziejności. W konsekwencji, chory izoluje się od świata, stara się unikać towarzystwa innych ludzi, zrywa bliskie relacje interpersonalne co powoduje zanik aktywności zawodowej i społecznej. Krytycyzm w stosunku do siebie i swojej choroby sprawia, że jeszcze bardziej dotkliwie chory przeżywa własną bezradność [3].

Depresja jest chorobą o złożonej i wieloczynnikowej etiologii. Może mieć ona uwarunkowania psychologiczne, biologiczne lub społeczne. Przeprowadzone w ostatnim dziesięcioleciu badania w dużych reprezentatywnych populacjach wskazują, że rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych jest duże. Przyczyny depresji są wyjątkowo złożone i jest wśród nich wiele czynników o różnym nasileniu, a proces prowadzący do depresji jest wieloletni. We współczesnej psy-

chiatrii metodą leczenia depresji jest kompleksowa terapia z zastosowaniem farmakoterapii, elektrowstrząsów, fototerapii oraz psychoterapii [4,5].

Wieloletni przebieg choroby z okresami remisji i zaostrzeń wpływa niekorzystnie na stan zdrowia chorego i jakość jego życia. Światowa Organizacja Zdrowia przedstawia jakość życia jako osobiste postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości w jakich żyje oraz w odniesieniu do stawianych celów, oczekiwań, wzorców i obaw. Zdaniem jednego z prekursorów analiz związanych z jakością życia, A. Campbella, pojęcie jakości życia należy definiować z uwzględnieniem stopnia satysfakcji z życia rodzinnego, zawodowego, stosunków międzysąsiedzkich, relacji towarzyskich, stanu zdrowia, sposobu spędzania wolnego czasu, zdobytego wykształcenia, wykonywanej profesji. Czynniki wyróżnione przez A. Campbella, które mają stanowić o wysokiej bądź niskiej jakości życia można usytuować w kategorii potrzeb. Jakość życia, jest pojęciem interdyscyplinarnym. Zagadnieniem tym zajmują się badacze z zakresu medycyny, socjologii, filozofii, psychologii oraz ekonomii społecznej [6,7].

Jakość życia w perspektywie nauk medycznych, koncentruje się na zjawiskach zdrowia i choroby. Nie opracowano jednak dotąd jednolitej definicji przyjmowanej na gruncie różnych medycznych subdyscyplin. Jedną z prób sformułowania jednolitej definicji jakości życia, uwarunkowanej stanem zdrowia podjął się m.in. Schipper wraz z zespołem naukowym. Definicja jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia uwzględnia cztery podstawowe aspekty funkcjonowania pacjenta czyli stan fizyczny, stan psychiczny, sytuację społeczną i ekonomiczną. oraz doznania somatyczne. Postęp w medycynie, wydłużył czas życia pacjentów z różnymi chorobami, ale nie stał się wystarczającym miernikiem skuteczności leczenia. Poprawa jakości wydłużonego życia jest więc ważnym wyzwaniem dla współczesnej medycyny [8,9].

Celem pracy jest analiza aspektów jakości życia chorych na depresję w zależności od wybranych zmiennych demograficznych.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów w Poradni Zdrowia Psychicznego przy Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej "Lekarze Rodzinni" w Lipnie. Badaniami objęto 70 osób w wieku od 25 do 70 lat. Wśród badanych większość stanowiły kobiety (73%). Ponad polowa badanych osób zamieszkiwała tereny wiejskie (53%). Pod względem stanu cywilnego dominującą grupę stanowy osoby pozostające w związku (60%). Najliczniejszą grupą wśród badanych były osoby z wykształceniem średnim (41%).

Dla wykonania badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem skróconej wersji Geriatrycznej Skali oceny Depresji (GDS) oraz skalę WHOQOL-Bref, a także kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

W celu zbadania zależności statystycznych między zmiennymi zastosowano Test t-Studenta, Test U-Manna-Whitney'a, Test Kruskala-Wallisa, a także Test niezależności chi-kwadrat Persona.

Wyniki

Większość badanych osób była w wieku od 46 do 70 lat (60%). Osoby w wieku od 25 do 45 lat stanowiły 40% badanych. Wśród badanych osób 53% zamieszkiwało tereny wiejskie, natomiast 47% to mieszkańcy miasta. W badanej próbie większość stanowiły osoby zamężne/żonate (60%). Osoby nie pozostające w stałym związku stanowiły 17% badanych, wdowy/wdowcy

stanowili 14% badanych, natomiast osoby rozwiedzione9% badanych. Najliczniejszą grupą wśród badanych były osoby z wykształceniem średnim (41%).Osoby posiadające wykształcenie podstawowe stanowiły 29% badanych, wykształcenie zawodowe posiadało 20%, natomiast wykształcenie wyższe 10% badanych. Ponad połowa respondentów (53%) zamieszkiwała tereny wiejskie, natomiast 47% mieszkało w miastach. Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim (41%). Osoby posiadające wykształcenie podstawowe stanowiły 29% badanych, wykształcenie zawodowe – 20%, natomiast wykształcenie wyższe – 10% badanych.
Wśród badanych osób 59% zadeklarowało, że jest aktywna zawodowo, natomiast 41%, że nie pracuje zawodowo.

W celu sprawdzenia, czy kobiety różnią się od mężczyzn pod względem oceny jakości życia, przeprowadzono analizę testem t-Studenta dla prób niezależnych, co przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Płeć a dziedziny jakości życia badanych.

Dziedziny jakości życia	Płeć	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik testu t	Poziom istotności
Dziedzina fizyczna	Kobieta	13,07	2,09	4,39	<0,001
	Mężczyzna	10,59	2,14		
Dziedzina psychologiczna	Kobieta	11,39	2,62	2,61	0,011
	Mężczyzna	9,58	2,45		
Relacje społeczne	Kobieta	12,93	3,18	1,95	0,055
	Mężczyzna	11,30	2,89		
Środowisko	Kobieta	12,62	2,14	2,20	0,031
	Mężczyzna	11,34	2,25		

Źródło: opracowanie własne.

Analiza testem t-Studenta dla prób niezależnych wykazała istotne statystycznie różnice wskazujące na to, że kobiety wyżej oceniają dziedziny jakości życia w sferze fizycznej, psychologicznej i środowiskowej niż mężczyźni. Jedynie w zakresie relacji społecznych oceny nie różniły się istotnie w zależności od płci pacjentów.

W celu sprawdzenia, czy wśród osób z rozpoznaną depresją kobiety różnią się od mężczyzn pod względem oceny domen jakości życia, przeprowadzono analizę testem U Manna-Whitneya, co przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Płeć a dziedziny jakości życia badanych z rozpoznaną depresją.

Dziedziny jakości życia	Płeć	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik testu U M-W	Poziom istotności
Dziedzina fizyczna	Kobieta	12,93	2,06	3,97	<0,001
	Mężczyzna	10,14	1,91		
Dziedzina psychologiczna	Kobieta	11,36	2,52	2,70	0,007
	Mężczyzna	9,37	2,52		
Relacje społeczne	Kobieta	12,80	3,24	2,19	0,029
	Mężczyzna	10,83	2,83		

Środowisko	Kobieta	12,45	2,12	1,77	0,077
	Mężczyzna	11,38	2,31		

Źródło: opracowanie własne.

Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała istotne statystycznie różnice wskazujące na to, że wśród osób z rozpoznaną depresją to kobiety istotnie lepiej oceniały dziedziny jakości życia w sferze fizycznej, psychologicznej i relacji społecznych niż mężczyźni. Jedynie w zakresie domeny: Środowisko oceny nie różniły się istotnie w zależności od płci pacjentów.

Tabela 3 prezentuje różnice w ocenie domen jakości życia w zależności od wieku pacjentów, uzyskane w ramach analizy wyników badania testem t-Studenta dla prób niezależnych.

Tabela 3. Wiek a dziedziny jakości życia badanych.

Dziedziny jakości życia	Wiek	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik testu t	Poziom istotności
Dziedzina fizyczna	25-45 lat	12,62	2,55	0,65	0,517
	46-70 lat	12,24	2,25		
Dziedzina psychologiczna	25-45 lat	10,26	2,63	1,63	0,107
	46-70 lat	11,32	2,67		
Relacje społeczne	25-45 lat	12,12	3,41	0,79	0,433
	46-70 lat	12,73	3,01		
Środowisko	25-45 lat	11,96	2,23	0,98	0,332
	46-70 lat	12,49	2,23		

Źródło: opracowanie własne.

Analiza testem t-Studenta dla prób niezależnych nie wykazała istotnych statystycznie różnic w ocenie dziedzin jakości życia ze względu na wiek respondentów. Oznacza to, że osoby w wieku 25 do 45 lat nie różnią się istotnie w ocenach domen jakości życia od pacjentów w wieku 46 do 70 lat. Niemniej jednak najmłodsi respondenci dokonywali najniższej oceny wśród respondentów w zakresie dziedziny psychologicznej.

Dyskusja

Depresja to jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych na świecie. Według Światowej Organizacji Zdrowia, objawia sie smutkiem, utratą zainteresowań i przyjemności, poczuciem winy, niską samooceną, zaburzeniami snu i apetytu, uczuciem osłabienia i zaburzeniami

koncentracji. P. Łoza i T. Parnowski wskazują, że depresja znacząco wpływa na jakość życia pacjentów i ich zdolność funkcjonowania w każdym obszarze życia, zarówno społecznym jak i zawodowym [4]. W przedstawionej pracy powyższa teza znalazła częściowe potwierdzenie, wskazując na pewne różnice w ocenach domen jakości życia z uwagi na płeć chorych.

W dobie ustawicznego rozwoju nauk medycznych stwarzane są coraz większe możliwości leczenia oraz sukcesywnego wydłużania życia pacjentów. Subiektywna ocena stanu zdrowia ma w ostatnich latach coraz większe znaczenie dla kształtowania jakości życia, szczególnie osób z przewlekłymi zaburzeniami w stanie zdrowia.

J. Trzebiatowski wskazuje, że jakość życia w perspektywie nauk medycznych, koncentruje się na zjawiskach zdrowia i choroby [7]. Z kolei M. Steiner i współautorzy podkreślają, że z pojęciem jakości życia, wiąże się jego ocena, czyli obraz położenia życiowego pacjenta w pewnym okresie, ujmowana subiektywnie i obiektywnie, w charakterze wielowymiarowym [6].

A. Trojanowska podaje, że w ujęciu medycznym jakość życia związana jest ściśle fizycznymi, psychicznymi i społecznymi dziedzinami zdrowia. Prowadzenie badań nad jakością życia jest przejawem troski o dobro pacjenta oraz wyrazem zaangażowania ludzi wielu zawodów medycznych i niemedycznych. Celem tych badań jest ocena stanu zdrowia chorego oraz funkcjonowanie w ważnych dla niego dziedzinach [7].

Dla przeciętnego człowieka jakość życia wiąże się nierozerwalnie ze zdrowiem, udanym życiem rodzinnym, poczuciem własnej wartości, dobrymi kontaktami społecznymi, umiejętnością radzenia sobie w sytuacjach trudnych, poczuciem bezpieczeństwa. D. Kochman podaje w swojej pracy, że jakość życia jest zdeterminowana wszystkimi czynnikami, których zaspokojenie pozwala jednostce na poczucie spełnienia i motywację do działania [8].

Badania nad jakością życia dostarczają danych na temat sytuacji chorego, pozwalają dostrzec problemy, których doświadcza i podejmować działania ukierunkowane na ich rozwiązanie. Umożliwiają zatem optymalne planowanie i realizację opieki pielęgniarskiej oraz przygotowanie chorego do samoopieki. Przyczyniają się do podniesienia nie tylko jakości opieki nad pacjentem, ale także domen jakości jego życia.

Wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań umożliwiły wyciągnięcie następujących wniosków.

1. Wśród osób z rozpoznaną depresją kobiety istotnie lepiej niż mężczyźni oceniają dziedziny jakości życia: fizyczną, psychologiczną, środowiskową i relacji społecznych.
2. Osoby w wieku 25 do 45 lat nie różnią się istotnie w ocenach domen jakości życia od pacjentów w wieku 46 do 70 lat.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Działania na rzecz poprawy jakości życia pacjentów z depresją stanowią istotny element świadczeń realizowanych przez pielęgniarkę. Zmierzają one do zapewnienia choremu wsparcia i poczucia bezpieczeństwa. Pielęgniarka w relacjach z pacjentem i jego rodziną powinna wykazywać empatię, wrażliwość i cierpliwość. Tylko holistyczne postrzeganie problemów chorego stanowi gwarancję poprawy stanu zdrowia pacjenta, a tym samym optymalizuje jakość jego życia.

Bibliografia/Bibliography:

1. Nowak S. Metodologia badań społecznych. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2010.

2. Kurpas D., Miturska H., Kaczmarek M. Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009.

3. Koszewska I., Święcicki Ł. Nie bój się lęku. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

4. Gawlik O., Nowak J.. Zaburzenia rytmów biologicznych w depresji – poszukiwanie nowych strategii terapeutycznych. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 2006;15(3):171–178.

5. Wilczek-Rużyczka E. Komunikowanie się z chorym psychicznie. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007

6. Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. Probl Hig Epidemiol. 2008;89(4):467–470.

7. Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych-systematyzacja ujęć definicyjnych. Hygeia Public Health. 2011;46(1):25–31.

8. Kowalik S. Pomiar jakości życia. Wydawnictwo AM, Poznań 2001.

9. Rosenthal M. Depresja. Wydawnictwo KDC, Warszawa 2002.

10. Łoza P., Parnowski T. Nowa depresja, nowe leczenie. Medical Education, Warszawa 2012.

11. Steiner M., Yonkers K.: Depresja u kobiet. Via Medica, Gdańsk 1999.

12. Trojanowska A.: Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. Zdrowie Publiczne. 2011;121(1):99–103.

13. Kochman D.: Koncepcje teoretyczne jakości życia. Pielęgniarstwo Polskie. 2008;1(27),55–58.

Opis przypadku/Case report

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 1(1)/2016
ISSN: 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.005

Teresa Miłkowska[1]
[1] Centrum Pielęgnacyjne, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Caritas Diecezji Włocławskiej

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z raną przewlekłą w warunkach domowych

Nursing care of a patient with a chronic wound in the home

Streszczenie

Owrzodzenie żylne podudzia stanowi duży problem terapeutyczny i pielęgnacyjny wśród populacji osób dorosłych. Opieka nad chorym z raną przewlekłą powinna być prowadzona przez wykwalifikowany personel w sposób systematyczny i zaplanowany – jest to możliwe, w sytuacji objęcia pacjenta pielęgniarską opieką długoterminową domową. Leczenie miejscowe owrzodzenia należy prowadzić zgodnie ze strategią TIME, z wykorzystaniem specjalistycznych opatrunków przyspieszających proces gojenia tkanek. Systematyczna ocena stanu owrzodzenia przez wykwalifikowaną w leczeniu ran pielęgniarkę, pozwala na szybką reakcję polegającą na dostosowaniu postępowania terapeutycznego do aktualnego stanu klinicznego. Intensywna opieka pielęgniarska w opisywanym przypadku pozwala na podjęcie decyzji o odstąpieniu od amputacji objętej owrzodzeniem kończyny dolnej, co niewątpliwie wpływa korzystnie na jakość życia opisywanego chorego.

Abstract

Venous leg ulcer is a big therapeutic and care problem among the adult population. Looking after the patients with a chronic wound should be carried out by qualified personnel in a systematic and planned manner – it is possible, in a situation of providing the patient with long-term nursing home care. Local treatment of ulcers should be carried out in accordance with the strategy of TIME, with the use of specialized dressings accelerating the healing process of tissues. Systematic assessment of ulcers by a nurse qualified in wound healing allows for quick reactions involving the adjustment of therapeutic procedures according to the current clinical condition. Intensive nursing care in our case, allows to decide to withdraw from the amputation of the lower limb covered with ulcers, which undoubtedly positively affects the quality of life of the patient in question.

Słowa kluczowe: rana przewlekła, opieka pielęgniarska długoterminowa, aktywne opatrunki, owrzodzenia żylne, leczenie miejscowe

Keywords: chronic wound, long-term nursing care, active dressings, venous ulcers, local treatment

Wstęp

Opieka nad pacjentem z rana przewlekłą jest procesem skomplikowanym i wieloaspektowym. Wiele wewnętrznych i zewnętrznych czynników ma wpływ na proces gojenia się rany. Do czynników mogących utrudnić lub wydłużyć proces gojenia się rany należy zaliczyć np. wiek chorego, choroby współistniejące, stosowane leki. Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran i Polskie Towarzystwo Leczenia Ran rekomendują wprowadzenia działań medycznych składających się z diagnostyki, leczenia przyczynowego, redukcji czynników przyczynowych lub opóźniających proces gojenia się rany, leczenia miejscowego oraz edukację pacjenta i rodziny [1].

Jak wskazuje literatura owrzodzenia pochodzenia żylnego stanowią 70–80% wszystkich ran przewlekłych [2]. Bardzo często przyczyną wydłużającego się procesu gojenia rany, czy też braków postępu leczenia jest niewłaściwie prowadzona terapia.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa jest to rodzaj świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Opieką tą może być objęty przewlekle chory przebywający w domu, który nie wymaga hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymaga systematycznej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych. Podstawą do objęcia opieką jest skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i karta oceny świadczeniobiorcy wystawiana przez lekarza i pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego.

Narzędziem do kwalifikacji pacjentów mających być objętych opieką jest skala Barthel. Za pomocą tej skali oceniane są takie czynności jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie, utrzymywanie higieny osobistej, korzystanie z toalety (WC), mycie, kąpiel całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się i rozbieranie, kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu, kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego. Maksymalnie chory może otrzymać 100 punktów. Opieką pielęgniarską, w ramach umowy i refundacji NFZ, może być objęty pacjent, który w ocenie z wykorzystaniem skali Barthel otrzymał od 0 do 40 punktów.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku i jego późniejszymi zmianami, pielęgniarska opieka długoterminowa domowa jest świadczeniem gwarantowanym udzielanym przez pielęgniarkę, a głównymi jej zadaniami są:

- przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością,
- świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania,
- edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny,
- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,
- pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu [3].

W dniu pierwszej wizyty pielęgniarka opieki długoterminowej dokonuje oceny stanu świadczeniobiorcy skalą Barthel i ustala plan opieki w oparciu o występujące problemy pielęgnacyjne. Zapoznaje ona chorego, jego rodzinę lub opiekuna faktycznego z planem opieki oraz z

zasadami zabezpieczenia w środki medyczne potrzebne do realizacji świadczeń. Pielęgniarka dysponuje wyrobami medycznymi zgodnie z wyposażeniem nesesera pielęgniarskiego. Pacjent lub jego rodzina zapewnia środki higieniczne i opatrunkowe, leki i inne wyroby medyczne zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. O terminie objęcia opieką długoterminową domową pielęgniarka informuje lekarza i pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, do których świadczeniobiorca złożył deklarację wyboru. W czasie trwania opieki informuje ich również o zmianach w stanie zdrowia pacjenta, w tym takich, które skutkują ustaniem przyczyn kwalifikujących świadczeniobiorcę do pielęgniarskiej opieki długoterminowej a tym samym jej zakończeniem. Pielęgniarka zobowiązana jest do zapewnienia dostępności do świadczeń od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 20.00, również w sobotę i dni ustawowo wolne - w medycznie uzasadnionym przypadku. Wizyt pielęgniarskich nie może być mniej niż 4 w tygodniu. Zrealizowana wizyta potwierdzana jest przez świadczeniobiorcę, członka jego rodziny albo opiekuna faktycznego w „Karcie wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej" [4].

W czasie sprawowania opieki pielęgniarka ocenia poziom samodzielności chorego używając skali Barthel i w zależności od stwierdzonych zmian, modyfikuje realizowany plan opieki. Ocena ta odbywa się nie rzadziej niż raz w miesiącu. Okres objęcia chorego powyższą formą opieki jest uzależniony od stanu jego zdrowia. W ramach wizyt pielęgniarskich prowadzona jest m.in. systematyczna ocena i profesjonalna pielęgnacja rany przewlekłej w oparciu o schemat TIME. Strategia postępowania miejscowego TIME obejmuje:

- Tissue debridement – opracowanie martwych tkanek;
- Infection and inflammation control – kontrola infekcji i zapalenia;
- Moisture balance – utrzymanie wilgotnego środowiska rany;
- Edges, epidermization stimulation – pobudzenie naskórkowania z brzegów rany [1].

Strategię TIME charakteryzuje holistyczne podejście, uwzględniające wszystkie przyczyny rozwoju i przewlekłości rany oraz czynniki wpływające na jej gojenie. Leczenie miejscowe rany przewlekłej obejmuje: usuwanie martwicy i oczyszczanie rany, kontrolę bakteriologiczną, leczenie zakażenia, wilgotne leczenia rany przez zastosowanie odpowiednio dobranych opatrunków. Celem schematu TIME jest zatem usystematyzowanie sposobu oceny stanu rany i dobór odpowiedniego postępowania miejscowego. Sprzyja to zapewnieniu optymalnych warunków w łożysku rany: ochronie uszkodzonych tkanek i brzegów, przywróceniu i utrzymaniu właściwej wilgotności, zmniejszeniu liczby bakterii aż do skorygowania zaburzeń przyczyniających się do braku postępu w gojeniu się rany [5,6].

W przypadku zainfekowanej rany przewlekłej bardzo ważny jest również dobór technik i środków do oczyszczania rany – lawaseptyki i antyseptyki. Lawaseptyka ma na celu oczyszczenie rany poprzez wypłukanie (fizyczne usunięcie) substancji szkodliwych tj. resztki tkankowe, biofilm bakteryjny, mikroorganizmy, wirusy. Zastosowanie antyseptyku na ranę ma na celu nie tylko usunięcie, ale przede wszystkim zabicie drobnoustrojów infekujących czy kolonizujących ranę, ponieważ posiadają one w swoim składzie substancje aktywne o charakterze przeciwdrobnoustrojowym. W związku z powyższym istotne jest, aby do oczyszczania ran używać lawaseptyków łącznie z antyseptykami a nie zamiennie. Lawaseptyki są wyrobami medycznymi stosowanymi w pielęgnacji rany do przemywania lub płukania a nie miejscowego leczenia infekcji. Zadaniem lawaseptyku jest usunięcie wysięku, tkanek nekrotycznych, biofilmu. Z kolei rolą antyseptyku jest zabicie drobnoustrojów odsłoniętych przez lawaseptykę [7]. W postępowaniu

leczniczym ważne jest zastosowanie antyseptyku o niskiej cytotoksyczności, szerokim spektrum działania przeciwdrobnoustrojowego oraz takiego, aby jego zastosowanie nie zakłócało procesu gojenia rany i nie prowadziło do niekorzystnych interakcji z opatrunkami stosowanymi w terapii.

Celem opracowania jest prezentacja złożonych świadczeń pielęgniarki w ramach opieki długoterminowej wobec pacjenta z raną przewlekłą, przebywającego w środowisku domowym.

Prezentacja przypadku

Pacjent lat 79, mężczyzna z krytycznym niedokrwieniem kończyny dolnej prawej, z rozległym owrzodzeniem podudzia, nie wyraża zgody na proponowaną amputację. Owrzodzenie występuje od około dwóch lat, leczone było zachowawczo w poradni dermatologicznej. Pacjent z nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością krążenie, pali około 15-20 papierosów dziennie.

Chory został zakwalifikowany do objęcia pielęgniarską opieką domową długoterminową – według skali Barthel otrzymał 20 punktów. Wymagał intensywnej opieki pielęgniarskiej ze względu na ogólną niesprawność i występujące rany w obrębie stopy prawej i prawego podudzia.

Rana I - podudzie prawe 15x20 cm jest pokryta częściowo czarną martwicą, od strony kolana widoczne znaczne ilości żółto – zielonego włóknika. Rana II - grzbiet stopy prawej 3x4 cm, pokryta suchą czarną martwicą; stopa jest bolesna, obrzęknięta. Dotychczasowe leczenie: oktenidyna w płynie, roztwór soli fizjologicznej, opatrunek gazowy nasączony parafiną i suche opatrunki gazowe. W obydwu ranach stwierdzono ubytek skóry pełnej grubości i cechy stanu zapalnego. Ze względu na znaczne dolegliwości bólowe – w skali VAS 7 (skala 0–10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 – ból nie do zniesienia). W leczeniu bólu stosowany jest system przezskórny z buprenorfiną ze zmianą plastra co 72 godziny.

Dyskusja

Za cel opieki pielęgniarskiej przyjęto: oczyszczenie łożyska ran, zastosowanie aktywnych opatrunków przyspieszających proces ich gojenia, ograniczenie dolegliwości bólowych, przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Przed przystąpieniem do postępowania terapeutycznego w prezentowanym przypadku dokonano oceny rany. Określono jej umiejscowienie, rozmiar, kształt i brzeg, głębokość owrzodzenia, dno, obecność i ilość wysięku oraz dolegliwości bólowe związane z jej występowaniem. Uzyskano dane pozwalające na dostosowanie działań pielęgniarskich do aktualnego stanu pacjenta i decydujące o sposobie postępowania. Zastosowano założenia strategii TIME, wykorzystywanej w leczeniu ran przewlekłych.

W celu rozpuszczenia martwicy zastosowano hydrożel jako opatrunek pierwotny i piankę poliuretanową jako opatrunek wtórny. Po czterech zmianach, dokonywanych co 2 dni uzyskano w ranie I częściowe rozpuszczenia tkanki martwiczej (fotografia nr 1).

Fot. 1. Rana I.

Źródło: opracowanie własne.

Ze względu na znaczne dolegliwości bólowe nie było możliwe oczyszczenie rany w sposób mechaniczny z wykorzystaniem narzędzi chirurgicznych. Zastosowano w ramach lawaseptyki 0,9 % NaCl lub płyn wieloelektrolitowy a w ramach antyseptyki - dichlorowodorek oktenidyny.

W ranie II - czarna martwica oddzielona, martwica żółta rozpływna zaczynała się oddzielać od dna rany (zdjęcie nr 2).

Fot. 2. Rana II.

Źródło: opracowanie własne.

Z powierzchni rany na podudziu pobrano posiew do badania bakteriologicznego, z którego wyhodowano Pseudomonas aeruginosa i Klebsiella oxytoca. Ze względu na widoczny biofilm zastosowano płukanie rany roztworem ponadtlenków (super-oxidized solution). W dalszym ciągu rozpuszczano martwicę hydrożelem pod opatrunkiem piankowym. Po kolejnych trzech zmianach opatrunku co dwa dni, połączonych z płukaniem rany uzyskano znaczny rozpływ martwicy, którą częściowo udało się usuwać w sposób mechaniczny. Ze względu na wystąpienie dużej ilości wysięku zastosowano opatrunek hydrowłóknisty z jonami srebra zmieniany co 2 dni. Po dwóch zmianach został on odstawiony ze względu na wystąpienie zmian o charakterze alergicznym (podejrzenie uczulenia na srebro). Zastosowano opatrunek hydrofobowy do wypełnienia dna rany pod opatrunek okluzyjny z pianki poliuretanowej. Pacjent odczuwał mniejsze dolegliwości bólowe przy zmianie opatrunków i zmianach pozycji ciała (fotografie nr 3 i 4).

Fot. 3. Rana I.

Źródło: opracowanie własne.

Fot. 4. Rana II.

Źródło: opracowanie własne.

Po 6 tygodniach od rozpoczęcia leczenia owrzodzenia doszło u chorego do wystąpienia zdarzenia niepożądanego w postaci upadku podczas przesadzania z łóżka na wózek inwalidzki. W efekcie nastąpiło złamanie szyjki kości udowej. Epikryza z leczenia w oddziale ortopedii i traumatologii brzmiała: "Pacjent przyjęty z powodu złamania szyjki kości udowej do leczenia szpitalnego. Z powodu przewlekłej infekcji wysoce patogenną bakterią, zaburzeń trofiki tkanek kończyn dolnych w chwili obecnej zdyskwalifikowany z leczenia operacyjnego endoprotezoplastyką biodra z powodu bardzo wysokiego ryzyka zakażenia rany operacyjnej i wszczepu". Zalecono: kontynuację leczenia zmian troficznych i zapalnych, rehabilitację domową, heparynę drobnocząsteczkową 1 x podskórnie 20 dni. Wobec pacjenta w warunkach domowych prowadzono intensywne działania pielęgnacyjne oraz profilaktykę powikłań związanych z długotrwałym unieruchomieniem. Wynikało to z faktu oceny chorego w skali Norton (skali ryzyka rozwoju odleżyn) - 11 punktów, co świadczyło o zagrożeniu wystąpienia odleżyn. Chorego ułożono na materacu przeciwodleżynowym zmiennociśnieniowym. Przeprowadzono edukację rodziny w zakresie właściwej pielęgnacji skóry, szczególnie w miejscach narażonych na ucisk oraz konieczności systematycznej zmiany pozycji ułożeniowej chorego. W celu ograniczenia dolegliwości bólowych występujących w złamanej kończynie została ona usztywniona ortezą. Wdrożono także intensywne działania edukacyjne, których efektem było zaprzestanie palenia tytoniu przez pacjenta.

Do zaopatrzenia rany I w dalszym ciągu stosowano lawaseptykę, opatrunek hydrofobowy ze składnikiem hydrożelowym – zmieniany co 2 dni. Rana stopniowo ulegała oczyszczaniu się z włóknika, stała się lepiej nawilżona i ukrwiona. Rana II została oczyszczona z martwicy, uległa spłycaniu. Nastąpiło ziarninowanie, naskórkowanie a po 12 tygodniach ubytek skóry uległ zagojeniu. Rana na podudziu po 20 tygodniach od rozpoczęcia leczenia została oczyszczona, podlega ziarninowaniu a jej brzegi naskórkują (fotografia nr 5)

Fot. 5. Rana I.

Źródło: opracowanie własne.

W opisanym czasie do pielęgnacji skóry w okolicach rany stosowane były emolienty w kremie w celu natłuszczenia i uelastycznienia skóry. Brzeg rany zabezpieczano witaminą F w maści.

Wnioski

Jak wynika z przedstawionego opisu systematyczne świadczenia pielęgniarskie, realizowane w oparciu o zasób rzetelnej wiedzy i doświadczenia praktyczne w zakresie leczenia ran, umożliwiają właściwą ocenę stanu rany, zastosowanie odpowiednich środków do jej pielęgnacji, w tym dobór aktywnych opatrunków. Efektem jest postęp w gojeniu się owrzodzenia oraz wymierna poprawa jakości życia pacjenta. Objęcie chorego pielęgniarską opieką długoterminową domową w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, stworzyło zatem możliwości intensywnej pielęgnacji przewlekle chorego i podejmowanie trafnych działań diagnostyczno – terapeutycznych.

Podziękowania

Podziękowania dla pielęgniarki współprowadzącej pacjenta mgr Lidii Ciszewskiej za udostępnienie obserwacji z leczenia i pielęgnacji pacjenta.

Bibliografia/Bibliography:

1. Jawień A., Szewczyk M.T., Kaszuba A. i wsp. Wytyczne Grupy Ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni. Leczenie Ran 2011;8:59–80.

2. Negus D., Coleridge Smith P.D., Owrzodzenia podudzi – diagnostyka i leczenie. Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2006.

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013 poz. 1480 ze zm.).

4. Zarządzenie nr 69/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2014r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

5. Szewczyk M.T, Jawień A., Leczenie ran przewlekłych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.

6. Bartoszewicz M., Junka A., Leczenie miejscowe rany przewlekłej objętej procesem infekcyjnym w świetle obowiązujących wytycznych. Leczenie Ran 2012;9(3):93–97.

7. Bartoszewicz M., Junka A., Biofilm Based Wound Care: strategia leczenia ran przewlekłych objętych procesem infekcyjnym wywołanym przez drobnoustroje w formie biofilmowej. Leczenie Ran 2012;9(1):1–6.

Artykuły poglądowe/Review

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 1(1)/2016
ISSN: 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.006

Anna Antczak[1], Robert Ślusarz[1]

[1] Department of Neurological and Neurosurgical Nursing, at Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Toruń

Rola edukacyjna pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera i jego rodziną

The educational role of nurses in the care of patients with Alzheimer's disease and the family

Streszczenie

Choroba Alzheimera ma charakter neurodegradacyjny i należy do chorób postępujących. Zaliczana jest jako najczęstsza przyczyna choroby otępiennej wieku podeszłego. Częstość występowania gwałtownie wzrasta w grupie ludzi powyżej 65 roku życia. Charakterystycznymi objawami są zaburzenia funkcji poznawczych oraz funkcjonalnych. Wraz z postępem choroby, a tym samym nasileniem objawów zwiększa się zakres działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych wobec pacjenta. Rola pielęgniarki uwarunkowana jest stanem funkcjonalnym pacjenta oraz zapotrzebowaniem na profesjonalną opiekę. Obszar działań odzwierciedla deficyty w wykonywaniu czynności samoobsługowych oraz brak wiedzy opiekunów. Pielęgniarka powinna określić problemy pacjenta i jego rodziny, postawić cele do wykonania, wdrożyć odpowiednie środki realizacji oraz ocenić działania.

Edukacja pacjenta to proces kolejno następujących, powiązanych logicznie i przyczynowo czynności, które są podejmowane w celu wywołania zmian w zachowaniu pacjenta. W związku z progresją choroby i w konsekwencji całkowitej niesamodzielności, wymaga od pielęgniarki odpowiedniej postawy adekwatnej do wykonywanej pracy oraz wyróżniającej się dużą moralnością. Rola edukacyjna w przypadku pacjentów z AD oraz ich rodzin odgrywa znaczącą rolę w procesie leczenia. Zapewnia poczucie bezpieczeństwa oraz wsparcia psychicznego. Pacjent na każdym etapie choroby ma zapewnianą odpowiednią jakość życia. Poza tym przygotowuje rodzinę do opieki nad pacjentem w warunkach domowych oraz wskazuję różne drogi rozwiązania problemów.

Abstract

Alzheimer's disease is of neurodegrading nature and belongs to progressive diseases. It is classified as the most common cause of dementia disease of old age. The incidence is rapidly increasing in the group

of patients over 65 years of age. The characteristic symptoms include cognitive and functional disorders. As the disease progresses, and thus the severity of symptoms increases the scope of activities related to patient care grows. The role of nurses is conditioned by the patient's functional status and demand for professional care. The area of activities reflects deficits in carrying out self-service and the lack of caregivers' knowledge. The nurse should identify patients' problems and as well as those of their families, define the goals to be reached, implement appropriate measures and evaluate the actions.

Patient's education is a process of successive, logically and causally related steps that are being taken in order to induce changes in the behavior of the patient. In connection with the progression of the disease and, consequently, total reliance, it requires from nurses appropriate attitude adequate to the work performed and characterised by outstanding high morality. The educational role in the case of patients with AD and their families plays a significant role in the process of treatment. It provides a sense of security and psychological support. The patient at every stage of the disease is guaranteed to have adequate quality of life. Also, it prepares the family to the care of the patient at home and defines various ways to solve problems.

Słowa kluczowe: rola edukacyjna, pielęgniarka, pacjent, choroba Alzheimera

Keywords: the role of education, nurse, patient, Alzheimer's disease

Introduction

Alzheimer's disease (Alzheimer 's disease , AD) is a neurodegenerative disease of a complex etiology and pathogenesis. It belongs to one of the most common diseases of substrates dementia in the age group over 65 years of age. In addition, according to research it accounts for more than half of all cases of dementia in this age group. Based on statistics, it can be specified that in Poland on over 400,000 people suffer from Alzheimer's disease. In contrast, in the world this problem affects 10 % of the population. It is a global problem and is defined as a disease of civilization [1,2]. With age, the percentage of patients increases, and thus the number of those requiring full or partial protection. AD is one of the progressive and chronic diseases, the therapy applied aims at slowing down the progress of the symptoms occurring.

The criterion conditioning the identification of Alzheimer's disease, as it has already been mentioned, is the age of the patient. It is considered to be the most important risk factor, and it is defined that with age the risk of diagnosis significantly increases. The determinant defined in studies is the age of 65. Above that age the risk of developing dementia symptoms doubles every five years. Some studies indicate that more than 50% of population aged over 85 years suffer from AD. Also, the factors referred to in literature as predisposing factors are those resulting from genetics, gender and improper lifestyle. Hereditary factor indicates an increased risk for a person diagnosed with Alzheimer's disease. Geneticists are still working on the updating the data on genes predisposing to the emergence of the disease. Another factor considered is gender, there has been discovered a relationship which specifies that AD is more often diagnosed in women. Research show the impact of loss of estrogen due to menopause and the fact that women live longer. As far as improper lifestyle is concerned, researchers have identified the impact of smoking, and overweight as both a predisposing andmodifiable factor. Some results indicate an increased risk of disease in the case of smokers by 5o%. In contrast, overweight and obesity affects the development of other diseases such as hypertension, diabetes and cardiovascular dis-

ease, which can also contribute to the diagnosis of dementia. All these risk factors are confirmed by scientific research [3].

Review

Problems of patients diagnosed with Alzheimer's disease

The characteristic symptoms are cognitive and functional disorders. Also, changes occur in emotional and social reactions, in behavior, and motivation. The first characteristic signs are usually ignored. In the course of the disease it comes to disturbances in thinking, concentration and evaluation. There are difficulties with orientation regarding time, place and oneself. In addition, there occur difficulties regarding the language, reading comprehension, and counting. In the interviews the families of patients refer to minor memory disorders, involving difficulties in naming the object or the inability to perform simple tasks that did not use to be a problem. Gradually it develops to very serious stages often threatening patient's health or life. Memory disorders lead to leaving the house in search forflatmates or uncontrolled turning on electrical appliances. Care of the patient with AD at this stage of the disease requires 24-hour control. In addition, in the first phase of the disease there might occur depression, connected with difficulties in understanding one's own illness. This results from the deterioration of cognitive abilities, with which patients are knowledgeable about the changes undergoing in their bodies. Apart from that, with the development of the disease there appears aggressive behavior, both to the patient himself as well asto the patient's family. Changes in behavior also result from difficulties to understand the environment. The reality of the patient becomes very complicated, and complex activities trigger anxiety and fear. The family often enhances these behaviors through restrictions caused by deficiencies in knowledge [4,5,6].

In addition to psychiatric disorders, typical for this disease, particular attention shouldbe paid to the nursing problems related to the performanceof basic life activities. As the disease progresses, and thus the severity of symptoms increases, the scope of activities related to patient care grows. Evolutionary nature of this disease results in dependency on the assistance of others, as well as in overall patient care. Patient's difficulties consist in the maintenance of appropriate body hygiene and in satisfying physiological needs.

Cognitive impairment results in limitations in the performanceof basic activities. The patient does not remember the scope of activities to be carried out with basic activities which include having meals, hygiene, getting dressed or washing. Those restrictions do not result from movement dysfunctions, but they can affect them directly. The patient is not able to properly nourish and hydrate the body by himself. He lacks regularity in having meals asthey are simply forgotten. Assistance of caretakers ought to be adjusted to the current condition of the patient.

All those aforementioned issues directly affect the life and functioning of the whole family. The patient, before the diagnosis of the disease, had functioned properly in a family environment. In their interviews the family often do not specify the first symptoms appearing, treating them as conditions caused by stress or fatigue [7,8] .

The educational role of the nurse

Health education is a process in which one learns to take care of their own health and the health of other people in the society. It consists of several stages, following and sometimes over-

lapping each other. Its beginning is at the stage of becoming aware of health issues in order to make decisions and take actions aimed at changing health behavior. It is distinguished by exposing the relationship between human health and the physical and social environment in which one functions [9].

Health education aims at developing health-promoting education. It is a long-term and multi-stage process. Actions taken in this direction are focused on a positive approach to health promoting a healthy lifestyle. It totally rejects actions that could endanger health or human life. Modifiable factors, affected directly by the man,are rejected,by arguing ,inter alia, their influence on the development of civilization diseases.

Education of patients and their families is a very important element in the process of treatment. Awareness of the nature of the disease as well as of the therapy implemented makes it possible to achieve considerably better effects of treatment [10,11,12].

The role of nurses is conditioned by the patient's functional status and demand for professional care. The area of activities reflects deficits in carrying out self-service and the lack of caregivers' knowledge. The nurse should identify patients' problems and as well as those of their families, define the goals to be reached, implement appropriate measures and evaluate the actions. The leading essence of care is primarily to preserve the longest possible independence. The specificity of work in the neurology ward determines the approach to the patient both with the logical contact preserved , as well as with cognitive disorders in the case of whichthe contact is much more difficult [13, 14].

An example of such dementia are diseases that significantly restrict proper communication in the patient-nurse relationship. Nursing care in the case of patients with problems in verbal communication must be individually adjusted according to the needs of the patient and depend on his current health condition. In view of the progress of the disease, rapid changes in the behavior of such patients are observed [15].

Nursing covers a full range of activities in the field of patients with dementia. Depending on the severity of the symptoms assistance is extended and further procedures are introduced. The patient requires assistance in all spheres of life. In physical terms, appropriate conditions ought to be provided for the purpose of appropriate functioning. The nurse should assist in the field of self-care, depending on the degree of patient's dysfunction. In this case particular attention should be focused on patient's family, because the disease also refers directly to the caregivers of such a person. Both the patient as well as his family should receive psychological support from the medical staff.

The task the nurse has to manage in connection with dementia is to provide a sense of security for the patient in the case of difficulty with understanding many events which can generate anxiety, where asthe patient's family ought to be sure that they will not be left on their ownin the care of the patient. The role of nurses, should there appear problems in communication in the care of the patient, is to answer questions with patience, even if they have already been answered more than once. It is also important to repeat information such as that regarding operations scheduled, timetable, introducing oneself to the patient, in order to reduce the sense of insecurity [16, 17,18].

As regards the educational role, the nurse should be patient, understanding and reserved in expressing opinion. The nurse cannot assess patients and their families, because each person in

a difficult situation might behave in a different way. She must have the ability to listen, and notice details that may affect the assessment of the patient [19].

Working with neurological patients should be based on defining priorities related to care in relation to a particular patient or a group of patients with a particular disease unit. On the basis of the patient's neurological problem determination and based on the interpretation of occurring symptoms of the disease, on the results of diagnostic tests and analysis of the collected data concerning the patient's condition, to indicate the appropriate measures to be implement individually, and at the same time in a holistic approach. Nursing should satisfy the physical, psychological and social realm of the patient. A properly adjuste dmodel of care can implement appropriate and targeted care [20,21].

Taking care of someone with Alzheimer's disease and their nurturing is extremely complex. It requires the full commitment and the necessary and technical knowledge on the part of all members of the therapeutic team dealing with the patient. Support from professional therapeutic team is extremely important. Nursing care includes not only the performance of professional diagnostic procedures, but also assistance in daily activities, accompanying , supporting and educating the patient as well as their families. Raising the standards of nursing care of the elderly is of fundamental importance for the quality of livesof patients, caregivers and health care staff themselves.

Conclusions

To sum up, care of a patient diagnosed with Alzheimer's disease requires knowledge and skills, but above all an appropriate professional attitude. Depending on at what stage of the disease the patient is, individualized care should be adapted to their needs and dysfunctions and at the same time the patient should be perceivedholistically. A holistic approach means appropriate care in all spheres of life. The patient despite the accompanying symptoms and problems is to be provided with adequate quality of life. The patient's family also requires support and needs to be provided with a sense of security. In a situation of accumulated problems related to care, due care and concern should be provided and possible ways to solve problematic situations defined.

The nurse fulfilling the educational function to the patient with AD must have a broad knowledge in areas closely related to the disease unit and have the skills to carry out due care. The nurse is obliged to continuous training in order to improve competence. The nurse should, through their actions demonstrate professionalism. Apart from the knowledge and skills they should also reveal high social competence. In contact with a patient the nurse must have patience, understanding, and forbearance. At later stages of the disease verbal contact with the patient is very difficult. The staff should be able to read the signals sent by the patient in nonverbal patient contact [22,23,24].

The educational role of nurses should be aimed at gaining the confidence of both the patient as well as his family. That should result in the assistance given to the patient and not in the performance activities for and instead of the patient. In the case of Alzheimer's disease it is crucial to maintain independence as long as possible, in order to improve the quality of life [25,26].

Bibliografia/Bibliography:

1. Pabiś M., Ślusarska B., Jarosz M.J., Zarzycka D., Dobrowolska B., Brzozowska A. Kompetencje pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej w polskim systemie opieki medycznej. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2010;Nr 3–4:(32–33).

2. Glińska J., Lewandowska M. Autonomiczność zawodu pielęgniarskiego w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych. Problemy Pielęgniarstwa. 2007;tom 15, zeszyt nr 4.

3. Franek G.A., Łukasz-Paluch K., Cholewka B. Koncepcja roli zawodowej pielęgniarki w literaturze przedmiotu. Problemy Pielęgniarstwa, 2012;20(2):252–259.

4. Rutkowska A. Problem psychologicznej pomocy chorym neurologicznie i ich rodzinom. Folia Psychologica, Warszawa 1997.

5. Schwarz G. Choroba Alzheimera. Objawy, leczenie, opieka, pomoc. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.

6. Grochowska D. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobą Alzheimera. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2001;1:37–38.

7. Kłoszewska I. Choroba Alzheimera. Przew Lek. 2001;4(11): 78–82.

8. Pfeffer A. Choroba Alzheimera – obraz kliniczny, rozpoznawanie, możliwości terapeutyczne zaburzeń poznawczych. Przew Lek. 2004;5: 70–78.

9. Przydatek M., Bień B. Uwarunkowania otępienia w starości a możliwości prewencji. Przew Lek. 2002;3:70–74.

10. Ziółkowska-Kochan M. Aspekty neurologiczne chorób otępiennych. Psychiatr Prakt Ogólnolek. 2002;2(2):73–80.

11. Gauthier S.G. Choroba Alzheimera: korzyści wynikające z wczesnego leczenia farmakologicznego. Pol Przegl Neurol. 2008;4(B):11–16.

12. Hausz-Piskorz B., Buczkowski K. Diagnostyka i leczenie choroby Alzheimera w warunkach praktyki lekarza rodzinnego. Forum Med Rodz. 2008;7(4):198–207.

13. Kaliszan R., Macur K. Na tropie środków przydatnych w terapii lub profilaktyce choroby Alzheimera. Forum Med Rodz. 2010;4(1):1–9.

14. Barcikowska M.: Naukowe kryteria rozpoznawania choroby Alzheimera: rewizja kryteriów NINCDS-ADRDA. Pol Przegl Neurol. 2008;4(A):93–94.

15. Opala G., Ochudło S. Obraz kliniczny i różnicowanie otępienia naczyniowego. Udar Mózgu. 2004;6(1):7–16.

16. Misiak K., Kopydłowska E. Przygotowanie rodziny do opieki nad osobą starszą, cierpiącą na chorobę otępienną. Pielęgn Zdr Publ. 2011;1(1):65–75.

17. Wojcierowska A. Wpływ umieszczenia chorego z chorobą Alzheimera w ośrodku pobytu dziennego na samopoczucie opiekuna. Probl Pielęgn. 2008;16(3):269–272.

18. Rachel W., Datka W., Zyss T. i wsp. Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera. Gerontol Pol. 2014;22(1):14–23.

19. Schindler R.J. Otępienie naczyniopochodne i mieszane: znaczenie wczesnego leczenia farmakologicznego. Pol Przegl Neurol. 2008;4(B):17–21.

20. Jurczak W., Porzych K., Polak-Szabela A. Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera. MedBiolSci. 2014;28(2):5–10.

21. Tomaszewski K., Matusik P., Chmielowska K., i wsp. Otępienie a sprawność fizyczna pacjentów w podeszłym wieku mieszkających w wybranych domach opieki. Gerontol Pol. 2010;18(2):71–75.

22. Krzyczkowska-Sendrakowska M. Czy można przeciwdziałać starzeniu się kobiecego mózgu i rozwojowi choroby Alzheimera? Przegl Menopauz. 2013;1:13–14.

23. Klich-Rączka A. Leczenie otępienia przy współistniejących schorzeniach internistycznych – wybrane zagadnienia. Aktual Neurol. 2012;12(4):245–250.

24. Daniluk J., Borkowska A. Zaburzenia funkcji poznawczych i depresja w chorobie Alzheimera, zagadnienia neurobiologiczne. Psychiatria. 2008;5(2):43–50.

25. Jaworski M. Łagodzenie objawów poznawczych poprzez stosowanie odpowiedniej diety u osób z chorobą Alzheimera. Neuropsychiatr Neuropsychol. 2010;5(3–4):141–148.

26. Ruda K., Rymaszewska J. Wybrane zagadnienia z terapii muzyką osób chorujących na zaburzenia otępienne. Neuropsychiatr Neuropsychol. 2013;8(1):40–46.